



**Universidad del
Rosario**

“Este trabajo a uno siempre lo carga”: un análisis sobre la configuración del estigma hacia los médicos que realizan interrupciones voluntarias del embarazo en Bogotá

Autor

Laura Becerra López

**Trabajo presentado como requisito para optar por el
título de Magíster en Estudios Sociales**

Director, Tutor

Juan Thomas Ordóñez

Escuela de Ciencias Humanas

Maestría en Estudios Sociales

Universidad del Rosario

Bogotá- Colombia

2021

Agradecimientos

Quiero agradecer y dedicar este trabajo a todas las personas que cada día deciden continuar prestando servicios de aborto en condiciones dignas y de calidad. Gracias por hacer el trabajo que nadie más quiere hacer, gracias por los sacrificios y obstáculos que deben sobrellevar para garantizar los derechos de las mujeres y gracias por permitirme conocer una parte de su trabajo. Admiro y respeto profundamente su amor y compromiso.

Este trabajo no habría sido posible sin la ayuda del doctor Julio Camelo, quien con su gentileza decidió abrirme las puertas para realizar la investigación. Gracias doctor por confiar en mí y permitirme contar una parte de la historia. Su entrega y dedicación a las mujeres es extraordinaria. En la Universidad el Rosario quiero agradecer a todos los profesores de la Escuela de Ciencias Humanas que contribuyeron a mi formación. Especialmente, mi infinito aprecio y gratitud a Thomas Ordóñez. Thomas no solo orientó esta investigación, sino que también me alentó durante toda mi carrera y me apoyó en mis momentos de angustia. Gracias Thomas por acompañarme y ser un excelente profesor y ser humano.

A mis amigas Rocío, Leidy, Alejandra y Kelly, gracias por crecer conmigo. Gracias por acompañarme, leer mis borradores y brindarme su amor y compañía. Por último, le agradezco mucho a mi mamá, Emma, por apoyarme, cuidarme y creer en mí y mis proyectos. A mis tías Emilia, Yudy, Dora y Soco, gracias por haberme permitido seguir mis sueños y cumplir mis metas. And to Robin, thank you so much for helping and supporting me. You gave me the strength to begin and continue. I appreciate your kindness and love.

Contenido

Resumen	4
Metodología	5
Introducción	8
Las tres causales	12
Implementación de la sentencia	15
Barreras de acceso a la IVE	17
Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos	18
Capítulo I	24
Procurador General de la Nación: “En Colombia la Constitución es pro-vida y el aborto sigue siendo un delito”	27
Concejal por Bogotá: “El aborto es un crimen, no un derecho y en Colombia la Vida se respeta”	31
Conflictos políticos internos en el marco de la administración pública en el país	41
Reflexiones finales	43
Capítulo 2	44
Una mirada a la institución privada prestadora de servicios de IVE	45
Una mirada a la institución pública prestadora de servicios de IVE	53
Discusión: “No solo tenemos enemigos desde el punto de vista de salud, sino tenemos enemigos políticos”	64
Capítulo III	70
Género: “Son hormonales, son histéricas, son bravas, son groseras; los ginecólogos hombres no”	71
“La categoría superior”	77
Edad gestacional	81
Reflexiones finales	88
Conclusiones	92
Corolario	97
Trabajos citados	103

Marzo del 2021

Cordial saludo:

A quien interese,

Por medio de la presente, yo, Laura Becerra López, identificada con cédula de ciudadanía número 1010225285 de Bogotá, declaro bajo gravedad de juramento, que he escrito la presente tesis de maestría por mi propia cuenta y que, por lo tanto, su contenido es original.

Declaro que he indicado clara y precisamente todas las fuentes directas e indirectas de información y que esta tesis de maestría no ha sido entregada a ninguna otra institución con fines de calificación o publicación.

Además, declaro que la responsabilidad intelectual del presente trabajo es exclusivamente mío. La Universidad del Rosario no se hace responsable de contenidos, opiniones o ideologías expresadas total o parcialmente en él.

Gracias por la atención prestada.

Laura Becerra López

marzo 19 del 2021.

Resumen

A lo largo del texto, respondo la pregunta: ¿cómo se configura el estigma hacia los médicos que realizan interrupciones voluntarias del embarazo en Bogotá? Para ello, la monografía se encuentra dividida en seis partes: introducción, tres capítulos, conclusiones y corolario. El texto comienza con una introducción en donde contextualizo la despenalización parcial de la IVE en Colombia; la implementación y las barreras de acceso que ha tenido. Finalizo con un breve estado del arte sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos en relación con el aborto.

En el primer capítulo analizo el conflicto ético-profesional de algunos de los funcionarios encargados de implementar la IVE en Colombia. A partir de dos casos particulares (el del exconcejal Ramírez y el exprocurador Ordoñez), muestro cómo algunos burócratas exceden sus funciones para limitar la implementación de la IVE. Con esto espero hacer evidente que dichos funcionarios contradicen los supuestos elementales de un estado legal racional de tipo ideal en la cotidianidad.

Así mismo, presento los conflictos políticos internos en el marco de la administración pública en Colombia. Esto con el fin de mostrar algunas de las tensiones políticas que han determinado la prestación del servicio de IVE en el país. Además, se deja claro que, a nivel político, las normas sobre la despenalización del aborto atraviesan por prejuicios y estigmas morales, así como, por acciones y discursos de desinformación médica y judicial.

En el segundo capítulo analizo cómo se configura el estigma hacia los médicos que practican IVE en Bogotá dentro de su entorno laboral. Específicamente, me interesa mostrar cómo el proceso de estigmatización afecta de manera negativa la prestación del servicio. Para ello, conceptualizo el término ‘estigma’ en el caso del aborto y las diferentes formas en las que este se manifiesta dentro de las entidades públicas y privadas de salud. Luego muestro cómo funcionan los servicios de IVE en instituciones tanto públicas como privadas. Finalmente, analizo las distintas formas y actores que crean y reproducen el estigma hacia el aborto dentro de dichos centros de salud.

En el tercer capítulo estudio cómo el estigma que sufren los médicos que realizan IVE, perpetúa relaciones sociales jerárquicas y de poder. Con esto, espero mostrar que el estigma hacia el aborto articula múltiples formas de inequidad social; las cuales, producen que los médicos experimenten varios estigmas a la vez. Para dichos fines considero, por un lado, las inequidades de género que enfrentan las médicas que realizan IVE y, por otro lado, el estigma hacia los médicos que realizan

IVE de segundo y tercer trimestre. Como reflexión final, respondo la pregunta: ¿por qué los médicos deciden continuar prestando el servicio de IVE en medio del estigma?

En las conclusiones presento brevemente los argumentos planteados en los tres capítulos, los cuales dan cuenta de las tensiones y negociaciones entre los médicos que realizan IVE, los funcionarios estatales, los grupos opositores, el personal médico en contra y las instituciones prestadoras de servicios de salud. Así mismo, presento algunas recomendaciones para mejorar el estigma que sufren los médicos. Por último, en el corolario presento mi experiencia como investigadora en relación con el estigma por estudiar IVE.

Metodología

La investigación es producto de una variedad de técnicas con un enfoque cualitativo. Específicamente, entrevistas semiestructuradas, observación participante y análisis documental. A continuación, presento de manera general los métodos utilizados en función de cada capítulo y objetivo.

En el primer capítulo analizo el conflicto ético-profesional de algunos de los funcionarios encargados de implementar la IVE en Colombia. Para ello, realicé una revisión documental de corte cualitativo. Inicialmente, busqué reconstruir el contexto jurídico que llevó a la sentencia C355/06 y a los desarrollos jurídicos posteriores. Específicamente, consulté las sentencias y tutelas relacionadas con la IVE, los estudios detallados de esta jurisprudencia y los documentos producidos por las organizaciones que promovieron la despenalización parcial de la IVE¹. Con estos elementos fue posible establecer en una línea de tiempo los eventos y actores claves en la implementación de la IVE en Colombia.

Entre los actores más representativos seleccioné, por medio de codificación abierta², aquellos que los médicos y algunos investigadores³ señalan como principales responsables de las limitaciones en la implementación del servicio de IVE en Colombia. Estos son, el exprocurador General de la

¹ Los desarrollos jurídicos referenciados en el texto se encuentran en la bibliografía al final.

² La codificación es un proceso dinámico cuyo propósito es “determinar qué es significativo, y a partir de allí reconocer patrones en esos datos cualitativos y transformar esos patrones en categorías significativas y temas” (Fernández, 2006, p.5). Es decir, a partir de la organización de los datos en categorías se busca comparar los datos entre sí para su posterior análisis.

³ Dalén, A. (2011). El Aborto en Colombia: cambios legales y transformaciones sociales. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; Maldonado, O. (2019). The decriminalisation of abortion in Colombia as cautionary tale. Social movements, numbers and socio-technical struggles in the promotion of health as a right. *Global public health*, 1031-1043.

Nación, Alejandro Ordóñez Maldonado, y el exconcejal por Bogotá, Marco Fidel Ramírez. Posteriormente, realicé una comparación entre el manual de funciones de cada uno de estos funcionarios y las acciones que habían emprendido en contra de la IVE.

Para establecer cuáles habían sido las acciones específicas de cada uno de estos funcionarios utilicé artículos de prensa, archivos del Consejo de Bogotá (actas de sesiones e informes de gestión), archivos personales de acceso público del exconcejal Ramírez (ponencias, presentaciones y vídeos) y la tutela T-3.331.859 de 2009 en contra del entonces procurador Alejandro Ordóñez Maldonado.

Para el segundo y tercer capítulo, la principal herramienta de investigación que empleé fue entrevistas semiestructuradas a los médicos que realizan IVE en Bogotá en edades gestacionales avanzadas. Es decir, mayores a las 20 semanas de embarazo. A la investigación se invitaron a participar a todos los médicos pertenecientes al grupo de IVE del único hospital público de Bogotá que realiza interrupciones en todas las edades gestacionales. Así mismo, se invitaron a los médicos que realizan IVE durante el segundo trimestre gestacional en una institución privada. En total, los cinco médicos que trabajan en la institución pública aceptaron participar en la investigación y cuatro médicos pertenecientes a la institución privada.

Las entrevistas se llevaron a cabo en el tiempo libre de los médicos. Es decir, entre consultas, en horas de almuerzo, al final de su jornada laboral o en sus hogares. Así mismo, estas fueron grabadas y transcritas con el consentimiento de los participantes. Para responder la pregunta planteada en el segundo capítulo: cómo se configura el estigma hacia los médicos que practican IVE en Bogotá dentro de su entorno laboral, las entrevistas fueron codificadas en función de las diferentes esferas sociales en donde se manifiesta el estigma asociado al aborto. Específicamente, se utilizaron las esferas propuestas en el modelo ecológico de Kumar, Hessini y Mitchell (2009). Es decir, se tomaron categorías como: el discurso popular y las representaciones culturales; el ámbito legal y el Estado; las organizaciones e instituciones; la comunidad y el ámbito individual o personal.

En el tercer capítulo analicé cómo el estigma que sufren los médicos que realizan IVE mantiene jerarquías sociales existentes. Para ello, intenté reconstruir las trayectorias laborales de los médicos. Las trayectorias laborales me permitieron; primero, analizar la interacción entre el aspecto objetivo y las concepciones subjetivas del trabajo. Es decir, entender los aspectos técnicos, las prácticas y discursos de la medicina y las interpretaciones que los médicos realizan de estas.

Segundo, a partir de las expectativas, anticipaciones, éxitos y fracasos que han llevado a los médicos a practicar IVE me fue posible establecer un panorama general sobre los determinantes que hacen que los médicos continúen su práctica en un entorno estigmatizado. Y tercero, a través de las trayectorias laborales pude entender que el estigma hacia los médicos no se limita a la práctica de abortos. El estigma se construye a lo largo de su trayectoria laboral y los afecta de distintas formas en diferentes momentos de su trayectoria vital.

Por último, realicé observación participante durante los seis meses que estuve recogiendo los datos para la investigación. Las observaciones las realicé cuando yo o mis amigas asistimos como pacientes a las instituciones de salud sexual y reproductiva. Así como, en los lugares en los cuales fui citada para realizar las entrevistas. Es decir, en salas de espera, en las oficinas e incluso en las casas de los médicos. La forma en la que los médicos actuaban en diferentes espacios, la diferencia entre la planta física de las instituciones, el lenguaje que yo utilizaba para realizar las preguntas y la diferencia en cómo yo me sentía en cada una de estas posiciones. Las observaciones me resultaron muy útiles para contextualizar algunas de las percepciones de los médicos.

En los capítulos que siguen, intento mostrar el funcionamiento y parte de la cotidianidad de los servicios de IVE en el país. Sin embargo, a lo largo del texto pongo la menor cantidad de señas de identidad de las personas y las instituciones que participaron. Esto hace que en el texto no incluya detalles que le dan riqueza a la narración; pero, mi prioridad es no ponerlos en riesgo. Si bien estoy de acuerdo con que “la práctica tradicional de conferir anonimato a “nuestras” comunidades e informantes engaña a pocos y no protege a nadie –excepto, quizá, al propio antropólogo–” (Scheper-Hughes, 2000, pág. 213); encuentro totalmente necesario hacerlo.

Como argumentaré más adelante, “nosotros tenemos enemigos políticos muy poderosos”⁴ y es prioritario evitar que personas o servicios se vean señalados por el tema; pues desafortunadamente, mantener en secreto los nombres de las instituciones y los proveedores, en algunos casos, es lo único que permite a los servicios de IVE continuar funcionando. Aun así, el texto está construido para que en los argumentos se escuchen múltiples voces. Ya que, es importante que quede claro que no hay una única forma de experimentar y afrontar el estigma. Por esta razón, trato de que mi

⁴ Entrevista médico ginecobstetra 30 de marzo del 2018

voz quede de manera diferenciada de la de los médicos. Sin embargo, reconozco mi papel guiando las entrevistas y el texto.

Introducción

El aborto y la despenalización de este no son temas nuevos, de hecho, son problemáticas viejas. No obstante, fijaré una fecha de inicio, más que nada, para ofrecer un contexto. Así pues, retrocedamos un poco en el tiempo: el 10 de mayo de 2006 la Corte Constitucional Colombiana emitió la sentencia C-355/06 en donde despenalizó parcialmente la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Este es un hecho histórico, aun así, la pregunta inmediata es qué significa ‘despenalización parcial’. Pues bien, significa que los detalles son los que dan vida a dicha sentencia y a los desarrollos jurisprudenciales posteriores. Despenalizar parcialmente el aborto es otra forma de decir que el aborto es ilegal salvo en casos particulares, con alcances establecidos y rutas de atención pautadas. Lo cierto es que pocas instituciones en el país prestan el servicio de IVE⁵ y existen pocos médicos dispuestos y capacitados para practicar el procedimiento⁶.

Entonces, ¿cuál es la novedad luego del 2006? El contexto: ahora no caminamos por una zona ilegal o legal sino nubosa. Algunas organizaciones⁷ han documentado que la falta de disposición por parte de los profesionales de salud y de justicia, encargados de implementar el servicio, responde a una alarmante falta de información jurídica (González & Castro, 2016, pág. 24). Adicionalmente, los médicos que realizan IVE señalan que, en su entorno laboral son estigmatizados a través del uso de apodos, estereotipados con insultos, separados de otros servicios de salud y discriminados dentro de las instituciones por realizar IVE (Vivas, Valencia, & González, 2016). Así las cosas, se considera que la falta de médicos dispuestos a realizar IVE se relaciona con la falta de conocimiento de la sentencia C355 y el estigma que rodea a la práctica.

Dicho lo anterior, es más que pertinente investigar las tensiones y negociaciones en las cuales se encuentran inmersos los médicos que realizan IVE en Bogotá; específicamente, en relación con el estigma hacia su práctica médica y ese es el asunto del que trata este estudio. Debido a que el tema tiene implicaciones en diferentes niveles, es necesario abordarlo desde una perspectiva amplia. Por

⁵ De acuerdo con las últimas estimaciones conocidas únicamente el 11% de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el país prestan el servicio de aborto (Prada, Singh, Remez, & Villareal, 2011, pág. 15).

⁶ La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2016) señala que existe un desconocimiento generalizado de la sentencia y las técnicas apropiadas por parte de los profesionales de la salud para prestar el servicio IVE (Pág. 50).

⁷ Guttmacher Institute (2011), La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2017,2014,2012) Grupo Médico por el Derecho a Decidir Colombia (2016).

lo tanto, el estudio está dividido en tres ejes: estatal/administrativo, institucional y personal. Los cuales, van desde las tensiones y negociaciones más abstractas a los casos más específicos en los que los médicos experimentan el estigma.

Mi pregunta de estudio es: cómo se configura el estigma hacia los médicos que realizan interrupciones voluntarias del embarazo en Bogotá. A continuación, daré mi respuesta para que no haya que llegar a ella, sino para que cada paso contribuya a su argumento. Grosso modo, el estigma hacia los médicos que realizan abortos en Bogotá se configura a partir de etiquetas como “abortistas” y “asesinos”. Estas etiquetas han sido asignadas históricamente, pero son reforzadas informalmente por las personas en contra del aborto y por agentes oficiales de control social. Estas etiquetas producen estereotipos, tales como, que los médicos son criminales, codiciosos, incompetentes, “brutos” y las ginecobstetras “malas madres”. Estos estereotipos tienen consecuencias sociales variables que incluyen: falta de prestadores dispuestos a practicar el procedimiento, sobrecarga laboral, aislamiento social, inseguridad laboral y hostigamiento.

Soy consciente de que es mucha información, solo les pido que me den la oportunidad de conceptualizarla para el caso del aborto. Primero: quiero ofrecer una ayuda en cuanto a la terminología de este escrito. El **estigma** es un atributo de descredito, vergüenza y apela a una identidad devaluada y/u oprimida. La **estigmatización** es un proceso social mediante el cual se adjudican etiquetas y estereotipos. Las **etiquetas** son atribuidas a individuos, grupos, lugares, organizaciones, etc. con el fin de sancionar o deslegitimar un pensamiento, una acción o una actitud. Los **estereotipos** son creencias negativas asignadas a aquellos que ya fueron etiquetados. Los **prejuicios** son respaldos de creencias y actitudes negativas en los estereotipos; y, finalmente, la **discriminación** es un proceso específico y estructural a través del cual se respaldan y refuerzan los estereotipos y se aíslan a los que han sido marcados (Pescosolido & Martin, 2015, págs. 87-116).

Ahora, para abordar el tema primero, analizo los conflictos políticos internos en el marco de la administración pública en el país que han marcado la implementación de la IVE. Segundo, analizo los arreglos que ocurren a nivel institucional para implementar la IVE y la forma en la que estos afectan a los médicos y su relación con otros prestadores de servicios de salud. Y tercero, analizo algunas características individuales que varían y aumentan el estigma que sufren los médicos por realizar IVE.

En cuanto a los aportes empíricos de la investigación, se espera documentar la voz de los médicos que realizan IVE en Colombia en relación con el estigma. La mayoría de las investigaciones sobre estigma y aborto presentan la experiencia de los médicos en función del acceso de las mujeres a la IVE⁸ o la falta de este. Así las cosas, el valor de la investigación está en cómo el estigma también es un problema para los médicos y las formas en las que los afecta de manera específica.

Desde la perspectiva jurídica-sociológica, algunas autoras⁹ han analizado cómo se constituyó el terreno y la mentalidad que operó para que se aprobara la sentencia C355/06 y los desarrollos jurisprudenciales posteriores. La presente investigación aporta a esta línea de estudios, en tanto presenta algunas de las formas en las que dichas mentalidades son negociadas en la cotidianidad del servicio de IVE y cómo algunos de los conceptos jurídicos son apropiados por los médicos.

No quiero terminar esta breve introducción sin antes contar un poco mi experiencia como investigadora. Once años después de emitir la sentencia en cuestión, yo, una joven mujer estudiante de antropología me veo enfrentada a examinar mis posturas en relación con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Debo decir que estas reflexiones no fueron avivadas en un contexto imparcial, pues como resultado de un ejercicio académico, me vi envuelta en una vigilia de 40 Días por la Vida; “un movimiento mundial que reúne a las personas a orar por el fin del aborto durante 40 días y noches frente a los centros abortistas locales” (40 Días por la Vida, 2017).

El contexto de la vigilia me demandó participar en largas jornadas de cantos y oraciones, marchas multitudinarias en el centro de la ciudad, debates acalorados en el Consejo de Bogotá y eucaristías dirigidas a nombre propio de los funcionarios de los “centros abortistas”. Así las cosas, durante seis meses escuché constantemente plegarias a Dios y a las entidades estatales para que acaben la “industria del aborto” y hagan entender a los médicos que están rompiendo el juramento hipocrático; ya que “están matando aun cuando juraron salvar vidas”.

⁸ González, A. C., & Castro, L. (2016). *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*. Bogotá: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres; Vivas, M. M., Valencia, S., & González, A. C. (2016). El estigma en la prestación de servicios de aborto: características y consecuencias. Hacia la protección de los profesionales de salud. Bogotá: Grupo Médico por el Derecho a Decidir.

⁹ Viveros, M. (1999). El aborto en Colombia: veinte años de debate en la prensa (1975-1994). 161-257: El aborto inducido en Colombia; Dalén, A. (2011). El Aborto en Colombia: cambios legales y transformaciones sociales. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; Dalén, A., & Chaparro González, N. (2015). *No interrumpir el derecho: Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud en materia de IVE*. Bogotá: Dejusticia. González Vélez, A. C. (2005). *La situación del aborto en Colombia: entre la ilegalidad y la realidad*. *Cadernos de Saúde Pública*, 624-628

Como resultado de la vigilia, ratifiqué una creencia: ninguna transición ni cambio es simple. La legalidad e ilegalidad del aborto es una cuestión que se resuelve en el papel, con leyes y sentencias; pero la legitimidad e ilegitimidad de dicha práctica es una disputa que se libra en los pensamientos, sentimientos y sensaciones de todo tipo de personas. Para mí, y para cualquiera que se enfrente a este complejo tema, es imposible evadir la más pregunta por excelencia: ¿a favor o en contra? Mi posición con respecto al aborto y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres es la siguiente: estoy de acuerdo con la IVE y creo firmemente que las mujeres deben tener autonomía total sobre su cuerpo y decisiones de vida. Si bien me he visto confrontada en múltiples ocasiones por adoptar esta postura¹⁰, estudiar la IVE y a los médicos que la practican me ha impulsado a mantenerme firmemente. Es por ello, que este texto no debe ser leído como una pieza neutral en la que se presentan todas las posturas hacia el aborto. Más bien, debe tomarse como un análisis de algunas posturas radicales que conviven en la prestación de la IVE en Colombia.

Con el propósito de hacer evidente los lentes bajo los cuales fue escrito el texto, quiero decir que es imposible escribir sobre el aborto desde una narrativa desinteresada o desentendida de posturas. Esta monografía fue pensada desde la forma en la que yo entendí los sucesos y el contexto; narra mi experiencia y los sentimientos que me produjo cada uno de los pasos. Así mismo, mi narrativa partió y se fue enriqueciendo con los sentimientos, juicios y posturas que los médicos transmitían en sus entrevistas y que en medio del anonimato de la narración se vuelven lejanas y distantes.

Bueno, ahora que he expuesto el contexto, no solo del aborto en Colombia, sino de mi entrada a campo, voy a explicar que hechos fueron relevantes para que fuera aprobada la sentencia C355/06.0020. Desde los años setenta, activistas y colectivos sociales en Colombia buscaron por la vía legislativa la despenalización parcial del aborto sin obtener resultados. No fue hasta 2004 cuando el colectivo La Mesa por la Vida y los Derechos de las Mujeres debatió la posibilidad de despenalizar el aborto por vía constitucional. En 2005 La Mesa y Women's Link Worldwide inició el proyecto LAICA (Litigio de alto impacto en Colombia: la inconstitucionalidad del aborto) liderado por Mónica Roa. El proyecto buscó situar el debate sobre el aborto como un problema de salud pública y como parte de los derechos humanos; trasladando de esta forma el debate tradicional sobre la moralidad del aborto al ámbito netamente jurídico (Maldonado, 2019, pág. 1031).

¹⁰ En el Corolario presento detalladamente las maneras en las cuales estudiar aborto y la vigilia afectaron mi vida.

El proyecto LAICA presentó evidencia científica sobre el impacto que genera a la salud pública el aborto ilegal. Con esto, se sustentó que la ilegalidad del aborto representa un problema de salud pública, una violación a los Derechos Humanos y, por sobre todo, a la Constitución política colombiana. La evidencia presentada, se basó en estimaciones realizadas a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) (2005), reportes del Ministerio de Salud (2000-2005), del Instituto Colombiano de Medicina Legal (2006) y un estudio de Alan Guttmacher Institute (2006). Vale la pena mencionar que los estudios se sustentan en estimaciones, ya que no existen cifras totalmente confiables sobre el aborto debido a la ilegalidad y el estigma alrededor de este (Maldonado, 2019, pág. 1036).

Paralelo al debate sobre la despenalización del aborto, en 2005 La Mesa presionó al gobierno y especialmente al Ministerio de Salud para que se desarrollara la normatividad y regulaciones técnicas que garantizaran la prestación del servicio de IVE (Ruibal, 2014). Con ayuda de organizaciones como el Center for Reproductive Rights de Nueva York, Planned Parenthood y la presencia institucional de feministas en altos cargos estatales, en 2006 el Ministerio de Salud expidió el Decreto 4444; en el cual, se reglamenta la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva.

El 10 de mayo de 2006 la Corte Constitucional Colombiana emitió un fallo histórico, reconoció la inconstitucionalidad de los argumentos del Código Penal que prohibían la interrupción del embarazo en todas las circunstancias. La Corte centró su argumentación en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; los cuales están ligados a los derechos fundamentales: “a la vida digna (artículos 1 y 11), a la igualdad (artículos 13 y 43), al libre desarrollo de la personalidad (artículo 16), a la información (artículo 20), a la salud (artículo 49) y a la educación (artículo 67), entre otros” (Sentencia T-585/10, 2010). Así las cosas, el reconocimiento de la IVE como un derecho fundamental implica que las mujeres que requieran el servicio no pueden ser penalizadas, y que el Estado está en la obligación de garantizar que estas puedan ejercer su derecho.

Las tres causales

En Colombia el aborto se despenalizó en la sentencia C355 de 2006 bajo tres causales: primera, cuando el embarazo sea un peligro para la vida o salud de la mujer; segunda, cuando haya malformaciones del feto incompatibles con la vida; y tercero, cuando el embarazo sea resultado de

“acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto” (Sentencia C-355, 2006).

De acuerdo con la sentencia, el único requisito para acceder a una IVE es que la primera y segunda causal sean certificadas por un médico; para acceder por la tercera causal se requiere una copia de la denuncia penal. La certificación médica requerida para la causal de salud puede ser expedida por cualquier médico o profesional de la psicología. Si bien, el profesional de salud certifica que existe probabilidad de daño, es la mujer quien decide la dimensión del riesgo que está dispuesta a correr y la magnitud de la alteración que el embarazo le produce a su bienestar (Circular externa 3, 2013).

En cuanto a la tercera causal, embarazo resultado de actos ilegales, la entidad prestadora de salud deberá solicitar una copia de la denuncia penal para realizar el procedimiento; excepto cuando la solicitante sea una menor de 14 años o sea víctima de violencia en el marco del conflicto armado. Por ser menor de 14 años se presume jurídicamente que la mujer fue víctima de violencia sexual y se puede practicar el aborto incluso si sus padres no están de acuerdo (Sentencia T-009/09, 2009). Y las mujeres víctimas del conflicto armado tienen derecho a obtener atención integral y gratuita independientemente de que tengan o no la denuncia penal (Ley 1719 de 2014, 2014).

De acuerdo con la Superintendencia de Salud en la Circular externa 3 de 2013, una vez una mujer es atendida en una consulta médica y se identifica o manifiesta el deseo de una IVE, la entidad prestadora de salud tiene cinco días para practicarla. Incumplir con este plazo o hacer exigencias distintas o adicionales, son prácticas prohibidas. Colocar barreras de acceso puede llevar a sanciones legales, tales como: multas o la revocatoria de la licencia de funcionamiento, tanto a título personal como institucional (Ley 1438, 2011).

Con relación a los prestadores de salud, la sentencia estableció que estos estaban en la obligación de practicar abortos, con excepción de aquellos que objetaran conciencia¹¹. Debido a la naturaleza

¹¹ La objeción de conciencia, de acuerdo con la Corte Suprema de Justicia, “es aquella figura que permite al individuo negar o rehusarse a cumplir una obligación jurídica, cuando la actividad correspondiente signifique la realización de conductas que pugnan con sus convicciones íntimas” (Pardo, 2006, pág. 56). Es decir, objetar conciencia hace referencia a la negación del cumplimiento de las leyes o de los deberes impuestos por el orden jurídico por razones de conciencia.

La forma en la que la Corte entiende la conciencia abarcaba una doble significación:

“de una parte implican la autonomía jurídica del individuo en lo referente al objeto jurídico que amparan, y de otro, conllevan la inmunidad de coacción con respecto al mismo objeto. Es decir, se reconoce la facultad

jurídica que goza la objeción de conciencia, esta solo se hace efectiva en la práctica de IVE cuando el médico que debe practicar el procedimiento se siente moralmente comprometido. Sin embargo, la única razón válida por la cual un médico puede objetar conciencia es por una convicción de carácter religioso debidamente fundamentada. Además, el médico objetor queda con la obligación de remitir a la paciente a un lugar en donde puedan hacer efectivos sus derechos; y la objeción del médico deberá ser sometida a un comité para su evaluación.

“La Corte Constitucional [colombiana] ha reconocido que únicamente las personas naturales que estén involucradas directamente en la prestación del servicio de interrupción voluntaria del embarazo pueden ejercer [objeción de conciencia]. Por ello se excluye de este al personal administrativo, de enfermería o personal judicial” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Si bien es evidente por qué el personal administrativo o el personal judicial no pueden objetar conciencia; en el caso del personal de enfermería esta restricción a la objeción de conciencia no resulta tan obvia. El personal de enfermería debe asistir los procedimientos y atender la recuperación de las pacientes; lo cual, debería ser una razón suficiente para que la Corte considere

de autodeterminarse que compete a cada individuo en estos aspectos y también se impide el que el individuo sea forzado o presionado en torno a ellos” (Pardo, 2006, pág. 55)

Así las cosas, la conciencia se entiende como el propio discernimiento sobre lo moral, es decir, lo que está bien y lo que estaba mal. Por consiguiente, la objeción de conciencia siempre se hace a título personal y ninguna institución o colectivo puede ejercerla.

Según la Corte, lo moral si bien es subjetivo, se produce específicamente en la relación entre las libertades de conciencia, religión y pensamiento. “Aunque la ideología adoptada por una persona, o su religión, podían determinar su conciencia, es decir, su personal manera de emitir juicios morales prácticos, no por ello la libertad de conciencia se confundía con las otras dos” (Pardo, 2006, pág. 55). En otras palabras, la libertad de conciencia hace referencia a “una facultad para autodeterminar la propia conducta en situaciones concretas, en atención a las propias convicciones” (Pardo, 2006, pág. 55). Y es un complemento de la libertad religiosa y de pensamiento.

Puntualmente, la objeción de conciencia en la sentencia C355 de 2006 está reglamentada de la siguiente manera:

“La objeción de conciencia no es un derecho del cual son titulares las personas jurídicas, o el Estado. Solo es posible reconocerlo a personas naturales, de manera que no pueden existir clínicas, hospitales, centros de salud o cualquiera que sea el nombre con que se les denomine, que presenten objeción de conciencia a la práctica de un aborto cuando se reúnan las condiciones señaladas en esta sentencia. En lo que respecta a las personas naturales, cabe advertir, que la objeción de conciencia hace referencia a una convicción de carácter religioso debidamente fundamentada, y por tanto no se trata de poner en juego la opinión del médico en torno a si está o no de acuerdo con el aborto, y tampoco puede implicar el desconocimiento de los derechos fundamentales de las mujeres; por lo que, en caso de alegarse por un médico la objeción de conciencia, debe proceder inmediatamente a remitir a la mujer que se encuentre en las hipótesis previstas a otro médico que si pueda llevar a cabo el aborto, sin perjuicio de que posteriormente se determine si la objeción de conciencia era procedente y pertinente, a través de los mecanismos establecidos por la profesión médica (Sentencia C-355, 2006).

que el personal de enfermería pueda objetar conciencia; aun así, esto no sucede como se argumenta con mayor profundidad en el segundo capítulo.

Implementación de la sentencia

De acuerdo con algunos autores¹² se pueden identificar dos fases en el proceso de implementación de la sentencia C355. La primera fase (2006-2009), se caracterizó por el rol activo de las agencias gubernamentales para implementar el servicio de IVE en el sistema público de salud; así como, por el desarrollo jurisprudencial producto de las denuncias de mujeres y organizaciones feministas en relación con las violaciones o incumplimiento de la sentencia (Ruibal, 2014, pág. 43). La segunda fase, comenzó en 2009 y se caracteriza por la obstrucción de la sentencia por parte de actores conservadores con posiciones claves a nivel estatal (Ruibal, 2014)

A partir de la jurisprudencia alrededor de la sentencia C355 el Ministerio de Salud y Protección Social ha llevado a cabo acciones con el fin de dar cumplimiento a todas las exigencias que ha hecho la Corte Constitucional en relación con la IVE. Las más relevantes son:

“1) definición de directrices regulatorias y técnicas, socialización y divulgación de la Sentencia, 2) desarrollo de actividades de asistencia técnica a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), 3) fortalecimiento del recurso humano mediante entrenamiento para el fortalecimiento de actores para la atención integral de la IVE de acuerdo con la Sentencia C-355 de 2006; 4) promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos a partir de estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC), en conjunto con otros entes nacionales 5) desarrollo de foros regionales de discusión y sensibilización dirigidos a actores sociales (organizaciones de la sociedad civil y actores de otros sectores), que incluye el diseño y difusión del video, “Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en los casos no constitutivos de delito”; 6) adecuación y validación del protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia; y 7) desarrollo de instrumentos técnicos para fortalecer la atención integral en salud, específicamente la atención postaborto y sus complicaciones; la orientación y asesoría para la interrupción voluntaria del embarazo; y la atención integral de la IVE en el bajo nivel de complejidad” (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2014, pág. 15)

¹² Ruibal, Alba. "Movement and counter-movement: a history of abortion law reform and the backlash in Colombia 2006–2014." *Reproductive Health Matters* 22.44 (2014): 42-51; Roa, Mónica, and Barbara Klugman. "Considering strategic litigation as an advocacy tool: a case study of the defence of reproductive rights in Colombia." *Reproductive Health Matters* 22.44 (2014): 31-41. Maldonado, Oscar Javier. "The decriminalisation of abortion in Colombia as cautionary tale. Social movements, numbers and socio-technical struggles in the promotion of health as a right." *Global public health* 14.6-7 (2019): 1031-1043.

En este contexto, en donde existen protocolos de atención, un sistema de responsabilidades claro y estrategias de difusión de la información, se esperaría que la sentencia esté siendo aplicada y las mujeres tengan acceso a la IVE. Sin embargo, luego de más de diez años de la entrada en vigor de esta, tanto entidades prestadoras de salud como sus funcionarios, continúan negándole el servicio a las mujeres o poniéndoles barreras de atención innecesarias (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2009; Prada, Singh, Remez, & Villarreal, 2011; Dalén, 2011).

En diciembre de 2006 el Ministerio de la Protección Social emitió el Decreto Reglamentario 4444 y su Norma Técnica. El Decreto establecía las entidades responsables de la aplicación de la sentencia, las normas técnicas para realizar el procedimiento y la prohibición de barreras de acceso al servicio. En julio de 2008 este decreto “fue demandado ante el Consejo de Estado, por el procurador Alejandro Ordóñez, con el argumento de que violaba la Constitución, pues la facultad de reglamentación es exclusiva del órgano legislativo y no del ejecutivo¹³, cuando la materia que trata involucra derechos fundamentales” (Chaparro & Dalén, 2015, pág. 13). Como resultado de la demanda, el decreto fue declarado nulo.

Con la anulación del decreto 4444, se marcó el inicio de la segunda fase de la implementación de la IVE y se marcó el precedente que el marco normativo de la IVE solo podía desarrollarse por la vía jurisprudencial; es decir, que el derecho a la IVE debía ser regulado por el Congreso de la República y la Corte constitucional. Chaparro y Dalén (2015) señalan que el resultado de esto fue una *dispersión normativa*. Es decir, toda la reglamentación referente a la IVE se encuentra dispersa en sentencias de la Corte Constitucional (T-988 de 2007, T-946 y T-209 de 2008, T-388 y T-009 de 2009, T-585 de 2010, T-841 de 2011 y T-627 de 2012).

La dispersión normativa en la práctica se ha traducido en una confusión y cuestionamiento sobre la vigencia y el alcance del derecho a la IVE. En un intento por solucionar esto, la Superintendencia Nacional de Salud recogió todas las normas dictadas por la Corte Constitucional referentes a la IVE en la Circular 03 de 2013. En la circular la Superintendencia imparte instrucciones sobre la prestación del servicio de IVE a las entidades territoriales, las entidades administradoras de planes

¹³ La estructura del Estado en Colombia se divide en tres ramas del poder público, la legislativa, la ejecutiva y la judicial. Si bien estas son autónomas e independientes colaboran armónicamente para la realización de sus fines (Constitución política de Colombia, 1991: artículo 113). La rama legislativa se encarga de la aprobación de normas con rango de ley. La rama ejecutiva le corresponde ejecutar, en forma coordinada, todas las actividades administrativas que están al servicio de los intereses generales de la comunidad. Y la rama es la encargada de administrar la justicia en el Estado colombiano.

de beneficios y a los prestadores del servicio; así como las sanciones disciplinarias a las que pueden incurrir si le ponen barreras de atención a las mujeres.

Barreras de acceso a la IVE

A pesar de los esfuerzos por implementar la IVE en Colombia, la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres¹⁴ ha atendido más de mil casos de barreras de atención que enfrentan las mujeres de forma sistemática y generalizada para acceder al servicio de IVE (González & Castro, 2016, pág. 22). Las barreras puestas por distintos actores y operadores del sistema de salud, de justicia y de las instancias administrativas han sido clasificadas en tres categorías:

La primera es el desconocimiento del marco legal. Esta categoría abarca, la falta de conocimiento de la sentencia C355 y los desarrollos jurídicos posteriores; la violación de las normativas sobre los derechos de las mujeres¹⁵; y el incumplimiento de las obligaciones legales relacionadas con la IVE por parte del sector salud y justicia. Particularmente, el incumplimiento se refiere a la entrega tardía de la respuesta a la solicitud de IVE; ausencia de protocolos de diagnóstico para la atención de las mujeres; falta de disponibilidad y redes para la prestación del servicio; falta de reconocimiento de las certificaciones médicas externas; y fallas en el proceso de interposición y decisión frente a denuncias y tutelas (González & Castro, 2016, pág. 47).

La segunda categoría es la interpretación restrictiva del marco legal de la IVE. Es decir, algunos actores y operadores solicitan a las mujeres requisitos adicionales a los establecidos por la ley para acceder al servicio; tales como, solicitud de autorizaciones por un tercero o una junta médica, realización de exámenes médicos de manera inoportuna o exigencia de una orden judicial. Así mismo, se ha documentado una limitación de la prestación del servicio de IVE con base en la edad gestacional, aun cuando la ley no establece límites.

En esta misma categoría, se ha establecido el uso inconstitucional de la objeción de conciencia. Es decir, se ha identificado el incumplimiento de las condiciones legales para objetar conciencia. Así como, la manifestación de conciencia institucional y colectiva; aun cuando este es un derecho individual que solo puede ser invocado en condiciones muy específicas.

¹⁴ Colectivo de organizaciones y personas que trabajan por los derechos sexuales y reproductivos en Colombia

¹⁵ Desconocimiento del derecho a la intimidad y dignidad, desatención al derecho de la información veraz e imparcial, desestimación del derecho al diagnóstico y tratamiento oportuno, y no reconocimiento de la autodeterminación de la mujer (González & Castro, 2016, pág. 47)

Por último, se ha identificado una interpretación restrictiva de la causal salud. En la sentencia, la salud es entendida como un estado de bienestar físico, mental y social completo; es decir, no se limita a la ausencia de enfermedades o dolencias (González & Castro, 2016, pág. 38). En este sentido, el médico solo debe certificar que existe la posibilidad de que el completo bienestar de la mujer se ve afectado de alguna manera producto del embarazo. Sin embargo, la Mesa ha documentado casos en los que la causal salud es entendida por los médicos y las instituciones como la existencia de una condición de salud que afecta de manera significativa a las mujeres.

La tercera categoría de barreras de acceso es fallas en la prestación del servicio de salud. Las fallas pueden ser por parte de los profesionales de salud o administrativas. Las fallas de los profesionales de la salud incluyen: negación de certificaciones y autorizaciones médicas; violencia y maltrato a las mujeres; y dilatación injustificada de la prestación del servicio de IVE. Las fallas administrativas hacen referencia a las fallas en los protocolos en el sistema de referencia y contrarreferencia y la falta de entrenamiento médico para prestar el servicio.

Frente a este panorama parece ser necesario entender y actuar sobre las condiciones estructurales y coyunturales que conforman la multiplicidad de barreras de atención que deben enfrentar las mujeres para acceder al servicio de IVE. La presente investigación pretende aportar a este debate desde la perspectiva de los profesionales de salud que prestan el servicio. Particularmente, se espera mostrar que el estigma debe ser considerado como una importante barrera para la implementación y acceso a la IVE en Colombia.

Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos

Algunos autores han intentado rastrear las percepciones sobre el aborto de los profesionales de la salud en función de las barreras de acceso al servicio. Para ello, han analizado tres categorías: primero: conocimiento sobre la ley y el procedimiento médico; segundo: actitud frente a la legislación y el procedimiento médico; y tercero: práctica del procedimiento médico.

En relación con la primera categoría: los hallazgos señalan que existe una falta generalizada de conocimiento de los procedimientos médicos y de los requisitos jurídicos para acceder al servicio de IVE por parte de los médicos (Ibarguen, 2017) (Távora & Sacca, 2008) (Díaz, Cravioto, Deeb, & García, 2012). En Colombia, las normas técnicas y lineamientos de atención de la IVE sugieren que el procedimiento “se debe realizar antes de las 15 semanas, empleando medicamentos o la aspiración al vacío (manual o eléctrica), la cual debe reemplazar a la dilatación y el curetaje

(legrado uterino) por considerarse una técnica obsoleta” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 33). Sin embargo, se estima que dos quintas partes de las IVE que se realizaron en Colombia en 2008 emplearon únicamente el método quirúrgico de dilatación y curetaje; y sólo una quinta parte de las IVE empleó la técnica de aspiración al vacío (Prada, Singh, Remez, & Villareal, 2011, pág. 15).

Ibarguen (2017) hace evidente la gravedad del asunto, señalando que en su investigación el 44% de los profesionales de la salud (enfermeros y médicos), que intervienen en la ruta directa o indirecta de atención a víctimas de violencia sexual, desconocen la aspiración manual endouterina. Así como, el 50% de ellos considera que se deben reunir los requisitos de la denuncia, el dictamen judicial, la certificación médica por parte del ginecólogo y el dictamen de la junta médica para acceder a la interrupción del embarazo; aun cuando el único requisito es la denuncia (Pág. 59). Esta falta de conocimiento es atribuida a que la mayoría de los médicos señala nunca haber recibido entrenamiento médico para realizar el procedimiento de IVE (Goldman, García, Díaz, & Yam, 2005); así como, a la falta de interés de las universidades por impartir los aspectos legales de la práctica médica (González de León & Salinas, 1997).

Con respecto a la segunda categoría, a la actitud frente al procedimiento médico y la legislación, las opiniones de los médicos se encuentran divididas. La mayoría de investigaciones señalan que existe un fuerte cuestionamiento hacia el procedimiento y los profesionales que apoyan el aborto (Laza & Castiblanco, 2017) (Harris, 2008) (Harris, Debbink, Martin, & Hassinger, 2011) (Joffe, 2010) (Aniteye & Mayhew, 2016). Específicamente, los médicos tienden a favorecer el aborto según circunstancias causales (Díaz, Cravioto, Deeb, & García, 2012). Es decir, los médicos tienen mayor aceptación hacia los abortos en edades gestacionales tempranas que afectan la vida del feto o la madre y menor aceptación en otros casos (Laza & Castiblanco, 2017) (Harries & Orner, 2009) (Rivarola, 2010).

Para algunos investigadores, esta actitud responde a que la formación médica tradicional no provee elementos suficientes para que los médicos comprendan la diversidad de motivos por los cuales las mujeres interrumpen un embarazo; incluyendo, “ubicar el aborto como un problema de salud pública, inequidad social, acceso a servicios y derechos reproductivos” (Díaz, Cravioto, Deeb, & García, 2012, pág. 403). De hecho, algunas investigaciones sugieren que los médicos tienen mayor aceptación del procedimiento cuando la persona que lo solicita es cercana a ellos (Távora & Sacsá,

2008) (Faúndes, Alves, & Andalaft, 2003). Esto apunta a que es posible para los médicos desarrollar una mayor flexibilidad para entender y aceptar el aborto cuando se les enseña a tener una mayor empatía hacia las mujeres que solicitan el procedimiento.

Múltiples investigaciones señalan que las personas que han tenido, asistido o se involucran en la controversia del aborto son vulnerables a la estigmatización. Esto debido a los significados que la sociedad le atribuye al procedimiento, significados relacionados con la ‘deshonra’ del individuo (O’Donnell, Weitz, & Freedman, 2011, pág. 1358). Bajo esta concepción, el estigma es entendido como la reducción de una persona o un grupo a uno o varios atributos específicos valorados como negativos en relación con las normas culturales dominantes; lo cual, representa un riesgo para su identidad, vida social y oportunidades económicas¹⁶.

Como se ejemplifica a lo largo del texto, para algunas personas y grupos la vida comienza con la fertilización y es el deber del médico proteger esa vida a toda costa (Fink, Stanhope, Rochat, & Bernal, 2016). En este contexto, los médicos que realizan abortos son estigmatizados, pues desafían algunas de las expectativas sociales y profesionales que tradicionalmente se les ha asignado. Particularmente, se considera que la estigmatización de los médicos se debe a su rol en la terminación de una potencial vida y la disrupción al orden moral¹⁷ que esto genera (Kumar, 2013).

Algunos autores señalan que los médicos estigmatizados se encuentran en riesgo de sufrir consecuencias psicológicas y sociales, tales como: pérdida de estatus, discriminación, dificultades para hablar sobre su trabajo (O’Donnell, Weitz, & Freedman, 2011), marginalización de su práctica médica (Payne, y otros, 2013), acoso laboral por parte de colegas y grupos en contra del aborto (Joffe, 2010); amenazas a los médicos y sus familias, vandalismo e intrusos en su lugar de residencia (Norman, Soon, Maughn, & Dressler, 2013); y sobrecarga laboral (Dressler, Maughn, Soon, & Norman, 2013).

En Colombia, el Grupo Médico por el Derecho a Decidir (2016) ha documentado que los médicos son estigmatizados en diferentes niveles. A nivel individual: es posible reconocer en los prestadores del servicio de IVE un estigma internalizado; es decir, los médicos han incorporado actitudes, ideas y calificativos negativos hacia los demás prestadores del servicio. Un ejemplo de ello es que

¹⁶ En el segundo capítulo se desarrolla el concepto con mayor profundidad.

¹⁷ El orden moral “es el sistema en gran parte no escrito de costumbres y convenciones sociales a través del cual la sociedad se mantiene unida como un todo coherente, y sin él, los individuos se enfrentarían entre sí y vivirían con el temor constante de lo que otros pudieran hacer (Dant, 2012, pág. 45).

algunos médicos describen a las personas que hacían abortos antes de la despenalización como trabajadores sucios (Pág. 25).

La etiqueta de “trabajadores sucios” implica que los prestadores realizan una actividad necesaria para la sociedad que involucra elementos “degradantes” o que “ensucian” a la persona (Vivas, Valencia, & González, 2016, pág. 12). Dicha suciedad atraviesa el campo físico, social y moral: la suciedad física hace referencia al contacto con residuos biológicos; la suciedad social por contribuir con la violación de los ideales de maternidad y pureza sexual que se le atribuyen a las mujeres; y la suciedad moral, al atribuir el estatus de persona a los fetos y, por tanto, equiparar el aborto con un asesinato.

A nivel institucional, el estigma se manifiesta en la falta de capacitación técnica, ética y legal para los prestadores de servicios de salud. Específicamente, para los médicos, la falta de entrenamiento los coloca en situaciones que, de haber sido preparados adecuadamente, no hubieran tenido que enfrentar (Vivas, Valencia, & González, 2016, pág. 26). En algunos relatos, los médicos señalan que cuando intentan aplicar las leyes relacionadas con la IVE en los centros hospitalarios, son marginalizados por sus colegas y tutores. Específicamente, los médicos fueron descalificados, excluidos e incluso castigados por emitir conceptos a favor de la IVE; los cuales, están completamente respaldados por la ley.

Es importante señalar, que el estigma hacia los prestadores se ha convertido en una barrera importante de acceso a la IVE en Colombia. En cuanto, una parte significativa de los médicos refiere no involucrarse en la práctica por temor al estigma profesional. De hecho, Ibarguen (2017) calcula que hasta un 30% de los prestadores se niegan a participar en la práctica por esta razón (Ibarguen, 2017, pág. 61).

Por último, respecto a la práctica del procedimiento en condiciones legales, la mayoría de las investigaciones señalan que los médicos prefieren objetar conciencia para no realizar el procedimiento (García & Goldman, 2003) (Ibarguen, 2017) (Fink, Stanhope, Roachat, & Bernal, 2016). Si bien, no hay estimaciones disponibles sobre el número de médicos colombianos objetores, varias organizaciones señalan que la proporción es significativa y debe ser considerada como una barrera para el acceso al servicio.

De acuerdo con la Mesa (2016), se han encontrado múltiples casos en los que médicos y entidades prestadoras de salud se niegan a prestar el servicio de IVE alegando, de manera errónea, ser objetores de conciencia. Específicamente, desde la administración de las instituciones prestadoras de servicios de salud se han realizado formatos para que los empleados hagan objeción de conciencia colectiva e incluso algunas instituciones se han declarado objetoras de conciencia abiertamente. Un ejemplo de esto es el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá; el cual, ha tenido que asumir indemnizaciones millonarias por negarse a practicar el servicio de IVE. Aun así, en julio de 2017, el director del Hospital, Julio César Castellanos ratificó: “ni hemos practicado ni haremos abortos voluntarios” (Castellanos, 2017).

Fink, et al (2016), plantean que, si bien la objeción de conciencia es una barrera de acceso importante, los objetores de conciencia no deben ser entendidos como “barreras monolíticas a los servicios de aborto”. De hecho, “los objetores de conciencia son un grupo diverso¹⁸, unificado por su preocupación acerca del bienestar emocional y físico de sus pacientes, pero dividido en términos de cómo ayudarlas mejor y si el feto tiene prioridad” (Fink, Stanhope, Rochat, & Bernal, 2016, pág. 7). Así las cosas, parece útil continuar indagando sobre los factores que influyen en que los médicos consideren practicar abortos o referir a otros proveedores a las mujeres como tratamiento terapéutico; y de esta forma, plantear intervenciones que contribuyan en la reducción de la objeción de conciencia como una barrera de atención.

Finalmente, es necesario puntualizar que si bien los médicos que realizan abortos se pueden sentir estigmatizados; al mismo tiempo, se pueden sentir orgullosos de su habilidad de proveer tratamientos que alteran de manera positiva la vida de las mujeres (Kumar, 2013) (Harris, Debbink, Martin, & Hassinger, 2011) (Joffe, 2010). Múltiples hallazgos sugieren que para la mayoría de los médicos realizar abortos no es fácil (O'Donnell, Weitz, & Freedman, 2011). De hecho, la práctica les produce fuertes cuestionamientos éticos, morales y religiosos; en parte relacionados con la creencia de que la vida humana se inicia desde la concepción (Rivarola, 2010); y como tal, el feto

¹⁸ Flink et al (2016) proponen que existen tres tipos de objetores: extremos, moderados y parciales:

“Los objetores extremos rechazaron realizar abortos o hacer referencias y, con frecuencia, sermonearon a sus pacientes; también proporcionaron información médica y legal engañosa o falsa, para evitar que las mujeres tuvieran acceso a abortos a los cuales legalmente tenían derecho. Los objetores moderados no realizaron abortos, pero respetaron a sus pacientes y consideraron las referencias como una forma de salvar “una de dos” vidas. Los objetores parciales realizaron algunos abortos, pero rechazaron practicar otros en base a la edad gestacional o circunstancias relacionadas con cada caso” (Fink, Stanhope, Rochat, & Bernal, 2016, pág. 1)

es conceptualizado como un paciente cuya vida debe ser protegida (Fink, Stanhope, Roachat, & Bernal, 2016) (de Zordo, 2012).

Sin embargo, como espero mostrar a lo largo de esta investigación, para los médicos “el aborto no se entiende simplemente como un discurso moral, político o intelectual, sino como una experiencia vivida” (O’Donnell, Weitz, & Freedman, 2011, pág. 1362). Es decir, sus interacciones cotidianas requieren negociaciones explícitas y tácitas en diferentes niveles para poder prestar un servicio que ellos consideran valioso. De esta forma, es posible para los médicos enfrentar los cuestionamientos personales y el estigma; y simultáneamente sentir orgullo y satisfacción por brindar un servicio vital para las mujeres.

Capítulo I

Funcionarios estatales, aborto y estigma

Lo primero que hay que decir es que hay una relación entre ‘estado’ y ‘aborto’. Por ello, es indispensable analizar los principios elementales de un estado legal racional de tipo ideal como al que se adscribe Colombia. Cabe aclarar que, no porque se le dé espacio en este escrito al estado y las políticas públicas, hay que olvidar que en la cotidianidad hay un debate sobre la despenalización del aborto que no sincroniza con los tiempos burocráticos.

Debido a que mi objetivo es exponer cómo se restringe y estigmatiza la práctica de IVE desde las acciones y discursos de los funcionarios estatales, voy a analizar la estructura administrativa estatal. Esto con el fin de no ser ajena a la lógica del estado y su funcionamiento. El estado como unidad de poder político moderno funciona a partir de la idea de que existe una voluntad socialmente aceptada, también denominada “voluntad del estado”. Dicha voluntad está construida por una pluralidad de fuerzas que están en conflicto y que son catalizadas de acuerdo con un orden social concreto (Buchely, 2014). Con el fin de limitar normativamente la voluntad externa a la voluntad del estado existe el derecho.

En Colombia se puede considerar que el paradigma del derecho es el paradigma kelseniano (Mápura Ramírez, 2013). Este paradigma, expuesto por Hans Kelsen en *La teoría pura del derecho* (1934), supone que el derecho es positivo y racional. Es decir, la norma jurídica no es externa a la conducta humana, pero el orden jurídico y moral están separados¹⁹. La característica principal de este paradigma es que los ordenamientos jurídicos son válidos en tanto sean emitidos por el órgano competente a través de un procedimiento previamente establecido por una norma de superior jerarquía (Kelsen, 1982, pág. 24). En otras palabras, todas las normas que pertenecen a un mismo orden jurídico son válidas en función de una norma fundamental.

En el caso colombiano, “la Constitución es norma de normas” (Constitución Política de Colombia, 1991, art. 4); es por ello, que en la pirámide kelseniana o jurídica la Constitución política se

¹⁹ Esta aproximación clásica ha sido ampliamente discutida, pues las aproximaciones etnográficas que se han hecho sobre el tema demuestran ampliamente que el estado no es un aparato compacto y coherente. El discurso sobre la supuesta racionalidad absoluta del “Estado” es subvertida cuando se estudian las prácticas concretas en las que este se materializa. Es así, que las investigaciones desde la antropología plantean “cómo deseos, esperanzas y temores, determinan la experiencia del estado que tienen las personas” (Das & Poole, 2008, pág. 24).

encuentra en la parte superior. De ahí que haya sido fundamental y estratégico poner el debate del aborto en territorio constitucional. Si se reconociera la penalización del aborto como una violación a la norma de normas, la Constitución, entonces el aborto se posicionaría más allá de los debates de interpretación de leyes y juicios personales. Esto es importante porque, si bien el paradigma del ejercicio de derecho es que todo lo que se puede hacer está en la ley, ninguna ley es concreta, toda la ley es general. En este sentido, es necesaria la interpretación de las normas, pues estas pueden ser contradictorias entre sí.

Siguiendo con lo anterior, la implementación de la norma exige la toma de decisiones en los casos concretos y dichas decisiones son válidas si el órgano competente las está tomando (Kelsen, 1982, pág. 24). El problema surge cuando dichos órganos intervienen en virtud de la decisión política. Es decir, órganos que son competentes resuelven o toman decisiones basados en problemas políticos, aun cuando su ética y sus funciones están encaminadas a hacer cumplir la ley, no en hacer política.

De acuerdo con el sociólogo alemán Max Weber, la ética del funcionario se orienta primordialmente a acatar lo que la ley le obliga, esto es denominado '*ética por responsabilidad*'. Particularmente, esta obediencia imperativa se explica por el carácter enajenado del funcionario frente a los medios de administración del estado; es decir que el funcionario no puede disponer de dichos medios de manera discrecional, pues no es dueño de estos (Weber, 1919, pág. 3).

Ahora bien, este tipo de *funcionario* es la figura regular del burócrata estatal²⁰, entendiendo que existen otros. Para fines de este escrito, falta aclarar una figura muy importante: 'el político por *vocación*'. Según Weber, este es otro tipo de *político* que resulta elemental en el funcionamiento del estado. El político por vocación, a diferencia del político por profesión (funcionario), tiene por tarea la dirección del cuerpo administrativo hacia algunos fines políticos que solo este puede considerar; en tanto que su ética es aquella que Weber denomina *ética por convicción*. Es decir, su ética no se da en función del acatamiento sino va dirigida hacia el gobierno y/o dirección. Si bien la aproximación weberiana resulta útil para pensar la imperativa obediencia de los funcionarios

²⁰ Los burócratas son aquellos que son nombrados por sus competencias técnicas y se encargan de ejecutar normas abstractas e impersonales. Las normas les otorgan a los funcionarios unas funciones específicas dentro de una línea jerárquica y los posiciona bajo el control disciplinario constante por parte de otros funcionarios. La garantía, control y seguimiento de las funciones que los burócratas realizan es ejecutada por otros funcionarios ubicados en una posición jerárquica superior (Buchely, 2014).

estatales, la despolitización de la ética resulta problemática cuando se aplica a la realidad; y específicamente, cuando se refiere a problemas de legitimidad²¹.

Dentro del modelo weberiano los funcionarios son representados como tipos ideales neutros y racionales; es decir, se considera que estos no tienen intereses particulares y que la sumisión de estos al derecho, a lo universal, al interés general y al servicio al público es absoluto (Bourdieu, 1997). Sin embargo, la experiencia²² ha demostrado que los funcionarios en efecto tienen intereses personales; los cuales en muchos casos anteponen a los que su ética laboral les dicta.

“La imagen de un universo cuya ley fundamental es el servicio público; especie de ideal del yo burocrático, es la representación que el campo burocrático cree proporcionarse y proporcionar de sí mismo, es decir la imagen de un universo cuya ley fundamental es el servicio público; un universo en el que los agentes sociales no tienen interés personal y sacrifican sus intereses propios al público, al servicio público, a lo universal (Bourdieu, 1997, pág. 150)

Retomando el problema de legitimidad, cuando a un funcionario se le exige tomar una decisión o ejecutar una acción sobre un tema con el cual no está de acuerdo debido a sus convicciones morales, lo que desde el tipo ideal se espera es que este lo haga sin cuestionar y de acuerdo con lo que su manual de funciones le permite. Pero, ¿qué ocurre cuando el funcionario en el marco de su poder de acción, es decir de manera válida, actúa de acuerdo con sus convicciones morales o su agenda política y no de acuerdo con su ética profesional?

A continuación, presento dos casos los cuales ejemplifican cómo los conflictos éticos de los funcionarios tienen una incidencia política y cómo dicha incidencia tiene efectos reales para el acceso a derechos. Puntalmente, analizo cómo desde sus posibilidades de actuar los funcionarios promueven su agenda personal por encima de los “intereses estatales”. Los funcionarios son el exconcejal por Bogotá Marco Fidel Ramírez y el exprocurador general de la nación, Alejandro Ordóñez Maldonado.

²¹ Legitimidad entendida como la aceptación o consideración en el fuero interno de las acciones son justas, correctas y apropiadas (Kelsen, 1982).

²² Aretxaga, B. (2003). Maddening states. *Annual review of anthropology*, 32(1), 393-410; Gupta, A. (2012). *Red tape: Bureaucracy, structural violence, and poverty in India*. Duke University Press; Buchely, Lina. "Indicadores como forma de resistencia Las madres comunitarias en Colombia como ejemplo del uso de indicadores en el sur global como una técnica de dominación contrahegemónica." *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional* 12.25 (2014): 267-310.

Procurador General de la Nación: “En Colombia la Constitución es pro-vida y el aborto sigue siendo un delito”²³

De acuerdo con el artículo 118 de la Constitución Política de Colombia el Procurador General de la Nación, como director del Ministerio Público le “corresponde la guarda y promoción de los derechos humanos, la protección del interés público y la vigilancia de la conducta oficial de quienes desempeñan funciones públicas”. Desde 2009 y hasta 2016, el entonces senador Alejandro Ordóñez Maldonado fue elegido por el Congreso de Colombia para ejercer el cargo.

Ordóñez, como parte del partido Conservador colombiano, fue explícito respecto a sus convicciones religiosas, morales y políticas. Ordóñez manifestó estar en contra de los actos que atentan contra la “verdadera dignidad”. Es decir, la dignidad entendida desde una perspectiva católica en la que, “la persona es responsable, porque libre; libre porque racional; racional y libre, porque espiritual; creada a imagen y semejanza de Dios” (Ordóñez, 2003, pág. 53). En relación con la interrupción voluntaria del embarazo, Ordóñez considera que esta es indigna; tanto así que, durante su primer y segundo periodo en el cargo, Ordóñez se caracterizó por obstaculizar desde la vía legal la implementación de la sentencia argumentando que esta es inmoral e inconstitucional.

Las acciones que tomó el procurador y las procuradoras encargadas para obstaculizar la implementación se sintetizan en la acción de tutela presentada por Mónica Roa y otras 1279 mujeres en contra del Procurador. Roa *et al.* argumentaron que el Procurador ha “emitido de manera continua y sistemática una serie de pronunciamientos que incluyen información inexacta o tergiversada, relacionada con los derechos reproductivos de las mujeres colombianas” (Sentencia T-3.331.859, 2009); generando de esta forma “confusión y desinformación generalizada” (Sentencia T-3.331.859, 2009).

Los hechos explícitos que se denuncian en la sentencia son: primero, el Procurador “el 21 de octubre de 2009 emitió un comunicado de prensa en el que señalaba que la Corte Constitucional había ordenado implementar campañas masivas de promoción del aborto” C-355” (Sentencia T-3.331.859, 2012). Segundo, el 10 de noviembre de 2009, la Procuradora Delegada Ilva Miriam

²³ El Procurador General de la Nación en declaraciones a medios de comunicación realizó esta declaración con relación a los alcances de la circular 021 referente a las campañas de promoción de Derechos sexuales y reproductivos (PGN, viernes, 5 agosto 2011 06:30 PM)

Hoyos Castañeda declaró a Caracol Radio que “el gobierno no puede emitir ningún tipo de reglamentación para aplicar la cátedra del aborto en colegios, ya que la tutela que lo ordenó no está en firme” (Sentencia T-3.331.859, 2012).

Tercero, el 27 de octubre de 2009 la Procuraduría se pronunció sobre la iniciativa popular para cancelar los registros sanitarios de los medicamentos cuyo principio activo es Levonorgestrel, es decir, anticonceptivos orales de emergencia. El argumento de la procuraduría fue que estos medicamentos “son abortivos y por lo tanto violan el derecho a la vida del que está por nacer, y por ello deben ser retirados del mercado” (Sentencia T-3.331.859, 2012).

Así mismo, el 7 de diciembre de 2009, como respuesta a una propuesta de distribuir de forma gratuita píldoras de anticoncepción de emergencia, el Procurador General de la Nación declaró: “dentro del ordenamiento jurídico actual el uso de la llamada píldora del día después sigue estando limitada por los tres casos de cese inducido del embarazo despenalizados por la Corte, debido a su supuesta naturaleza abortiva” (Sentencia T-3.331.859, 2012).

Cuarto, el 2 de marzo de 2010 la Procuradora Delegada Ilva Myriam Hoyos Castañeda envió al Superintendente Nacional de Salud una carta en la que “indicó que la sentencia C-355 de 2006 “no reconoció el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo” y que “no existe ni en la Constitución ni en la ley el mal llamado derecho al aborto al que hace referencia la circular en cuestión, por lo que no puede simplemente deducirse que la Superintendencia (...) se encuentre en la obligación (...) de promover el goce e impedir las barreras que impidan el acceso al llamado derecho al aborto” (Sentencia T-3.331.859, 2012).

Quinto, el Procurador General emitió dos circulares dando a entender que la objeción de conciencia no tiene restricción alguna y que la objeción de conciencia institucional está permitida. En la Circular 029 del 13 de mayo de 2010 “se indicó que debido a la suspensión del Decreto 4444 de 2006 y mientras el Consejo de Estado no resuelva de fondo la demanda instaurada en contra de éste ninguna autoridad judicial o administrativa puede restringir la objeción de conciencia” (Sentencia T-3.331.859, 2012). En la Circular 021 del 27 de julio de 2011 el Procurador General de la Nación solicitó: “vigilar que (...) se respeten los derechos de todas las personas e instituciones que puedan verse involucradas en su práctica, especialmente el derecho fundamental a la libertad de conciencia, el cual supone (...) la libertad para objetar conciencia” (Sentencia T-3.331.859, 2012).

Sexto, “el 25 de marzo de 2011 el Procurador General de la Nación emitió un comunicado, en el que señala que el derecho internacional de los derechos humanos prohíbe el aborto y protege el derecho a la vida de forma absoluta y desde la concepción” (Sentencia T-3.331.859, 2012). Por último, el 30 de marzo de 2011, la Procuradora Delegada, María Eugenia Carreño, pidió al Ministro de la Protección Social, el estudio de inclusión del medicamento misoprostol para la IVE en el Plan Obligatorio de Salud-POS. La Procuraduría señaló que primero: el INVIMA no había aprobado el uso del misoprostol para los casos de aborto de la sentencia C-355 de 2006; segundo: la OMS tenía reparos sobre la efectividad y seguridad del misoprostol en casos de inducción de IVE y tercero: la inclusión del referido medicamento implicaría un detrimento patrimonial para el Estado (Sentencia T-3.331.859, 2012).

La respuesta del procurador a la mayoría de los puntos se sintetiza en que, él actuó de acuerdo con las facultades que tiene como Director del Ministerio Público y como tal son válidas. También argumentó que las solicitudes realizadas por él, independientemente de que sean acogidas o no (legítimas), fueron hechas con la intención de salvaguardar el orden jurídico. En ese contexto, sus afirmaciones no implican tergiversación de la realidad o negligencia, sino una diferencia de criterio con la autoridad correspondiente.

Específicamente, en relación con la píldora del día después, el procurador afirmó que “la “Procuraduría” considera que, una vez producida la fecundación, es cuando se produce la concepción de un nuevo ser humano, que necesita de especial protección respecto de medicamentos que eventualmente estén en capacidad de destruirlo” (Sentencia T-3.331.859, 2012). Y que es su deber proteger el inicio de la vida con la concepción:

“Si se permite al conglomerado en general afirmar que el inicio de la existencia de la vida no debe ser objeto de protección o no debe ser objeto de protección en una etapa posterior a la de la concepción, no obstante los pronunciamientos y normas expedidas al respecto, se está promoviendo a nivel colectivo el atentado contra la vida misma y por tanto es válido solicitar a los funcionarios públicos la protección de dicha categoría de derechos y reiterar que nunca se ha dicho en la generalidad de los casos es viable el aborto, en cuanto la misma jurisprudencia lo ha delimitado a las tres circunstancias específicas ampliamente analizadas” (Sentencia T-3.331.859, 2012).

Como respuesta a esta tutela la Corte Constitucional Colombiana emitió la sentencia T-627 de 2012 en la que resolvió declarar que efectivamente hubo violación y/o amenaza al amparo “de los

derechos fundamentales al acceso a los servicios de salud reproductiva, al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la salud física y mental, a la interrupción voluntaria del embarazo y a la información en materia reproductiva” (Sentencia T-627, 2012).

En virtud de la sentencia T-627, se le ordenó al Procurador General de la Nación, Alejandro Ordóñez Maldonado, rectificar en las cuarenta y ocho horas siguientes a la notificación de la sentencia sus declaraciones en prensa del 21 de octubre de 2009. De igual manera, modificar la posición oficial de la Procuraduría General de la Nación en el sentido de que, en Colombia, la anticoncepción oral de emergencia no tiene carácter abortivo sino anticonceptivo y su uso no está restringido a las causales despenalizadas de aborto. Así mismo, modificar y eliminar de las directrices sus declaraciones referentes a la objeción de conciencia, pues “ninguna autoridad judicial o administrativa puede restringir el derecho constitucional a la objeción de conciencia (artículo 18 de la CP) cuando este se invoque en oposición a la práctica de un aborto, el cual deberá protegerse” (Sentencia T-627, 2012)

A la Procuradora Delegada Ilva Myriam Hoyos se le obligó a aceptar y rectificar que la Superintendencia Nacional de Salud está obligada a remover los obstáculos para el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y revocar su solicitud de modificación de la Circular Externa 058 de 2009. Así como, abstenerse de “interferir de manera infundada en el proceso de inclusión del misoprostol en el Plan Obligatorio de Salud” (Sentencia T-627, 2012).

De acuerdo con Dalén, las acciones tomadas en nombre de la procuraduría “indica que las acciones no parecen ser solamente imprecisiones inocentes, sino más bien una estrategia deliberada para instalar dudas e impulsar un cambio discursivo respecto al aborto, adjudicándole connotaciones negativas a la temática” (Dalén, 2011, pág. 135). En otras palabras, las afirmaciones y acciones legales emitidas desde la Procuraduría, bajo el argumento de que es una función del cargo proteger la constitucionalidad de las leyes que se emiten, crean incertidumbre sobre la vigencia legal del aborto o dispersión normativa.

La posición personal del Procurador General de la Nación, y las encargadas del cargo sobre el aborto, es expuesta a través de un lenguaje técnico que presenta al aborto como algo ilegal e inmoral. Las declaraciones y acciones que toman desde la Procuraduría no se hacen a nombre personal, sino desde las facultades que tiene el procurador como Director del Ministerio Público. De esta forma, se produce una paradoja: el ente encargado de garantizar el cumplimiento de las

leyes por parte de los funcionarios es el mismo que está creando incertidumbres entre los funcionarios públicos encargados de la implementación de la sentencia C355/06 y de la despenalización del aborto.

Teniendo en cuenta lo anterior, el discurso del exprocurador Ordóñez (2011): "en Colombia la Constitución es provida y el aborto sigue siendo un delito", inicia un proceso de estigmatización, al igual que refuerza pensamientos y conductas historias de discriminación contra el aborto y en contra quienes están relacionados con la práctica. Primero, inicia un proceso nuevo porque habla de un tema 'viejo': el aborto, pero lo sitúa en un territorio nuevo: la sentencia C355/06 y las normativas para regular las causales de despenalización. Segundo, refuerza pensamientos y conductas historias de discriminación porque, frente al aborto, el estigma siempre ha existido. Así pues, se vale de las viejas connotaciones negativas para desinformar al público en general y revertir la transición que se espera una vez despenalizado el aborto.

Por consiguiente, el proceso de estigmatización se mantiene en pie gracias a la desinformación, la confusión y el lenguaje amenazante: "ilegal", "inmoral", "delito", entre otros. Además, Estas declaraciones no solo son erróneas, pues en Colombia el aborto es un derecho, sino que implican un modelo de comprensión sobre las personas relacionadas con el aborto basado en estereotipos y prejuicios, ya que no deja entrever la realidad de la práctica antes de condenarla.

Así mismo, las acciones del procurador producen la idea de que existe una relación ambigua entre el estado y el aborto. Por un lado, el procurador asegura que las acciones que toma son para garantizar que se cumpla el derecho a la IVE y se proteja la constitucionalidad; pero, por otro lado, estas acciones están pensadas para generar dudas sobre la legalidad y legitimidad del aborto entre los burócratas encargados de implementar la IVE. Así las cosas, diferentes instituciones con el mismo o diferentes grados de poder producen desarrollos normativos que se pueden o no ser derogados basados en esta ambigüedad.

Concejal por Bogotá: "El aborto es un crimen, no un derecho y en Colombia la Vida se respeta"²⁴

²⁴ Respuesta oficial del concejal por Bogotá Marco Fidel Ramírez publicada el 28 de septiembre de 2017 <http://www.marcofidelramirez.com/2017/09/aborto-crimen-no-derecho-colombia-vida-respeta-concejal-familia/>

El Consejo Municipal es la primera autoridad político-administrativa de la ciudad. En Bogotá, el Consejo está conformado por 45 concejales que tienen la función de realizar control político y actividades normativas. Dentro del control político, los concejales se encargan de regular que los recursos públicos de la ciudad estén siendo usados de forma eficiente; así como, de realizar propuestas o denuncias con respecto a la administración del distrito. En cuanto a las actividades normativas, los concejales realizan acuerdos sobre las iniciativas que ellos o el alcalde presentan.

Como único representante de la bancada Opción Ciudadana²⁵ durante dos periodos (2012-2015 y 2016-2019) Marco Fidel Ramírez ejerció el cargo de concejal. Ramírez centró su apuesta política en la “defensa de la Vida, la Familia y los Valores”. Por defensa de la vida Ramírez se refiere a:

“Rehabilitación de personas drogadictas, alcohólicas y habitantes de la calle”; “incluir la abstinencia y el matrimonio heterosexual monógamo como parte de conductas sexuales, y no únicamente la opción de la distribución de métodos anticonceptivos”; “*realizar seguimiento al desarrollo de la jurisprudencia para que la administración distrital no se desborde o extralimite en sus funciones como ya lo hizo mediante la circular 43 de 2012 que estableció los protocolos técnicos del aborto*”²⁶; “cuidado y protección de los humedales y de los Cerros orientales”; y por último, “abolir la “cultura de la muerte” por la cual se realizan en Bogotá corridas de toros, peleas de gatos y perros y otros animales” (Ramírez, Perfil, 2018)

Por defensa de la familia el concejal entiende:

“cuidado y protección de la niñez”; “cuidado y protección al adulto mayor”; “vigilancia a la pavimentación efectiva en vías principales y accesorias, y a la puesta en marcha de los proyectos de infraestructura vial”; “reducción y mayor control a rumba extendida (...) en cuanto al SITP y Transmilenio, aumentar la presencia de uniformados, cámaras de seguridad y fomentar cultura ciudadana orientada al respeto” (Ramírez, 2018).

Por último, en cuanto al respeto de los valores, el concejal considera:

“el “reconocimiento y respeto por las comunidades afrodescendientes y grupos indígenas, inclusión social a comunidades sordas y ciegas”; “*reconocimiento y apoyo a la protección de la integridad de la mujer*”; “respeto por la diversidad sexual, sin imposición de la ideología de género”; “respeto a la libertad de cultos y defensa de los derechos de los cristianos evangélicos”; finalmente,

²⁵ “Partido político de ámbito nacional; de carácter social, empresarial, de ciudadanos, cultural, democrático, pluralista, pacifista y ambientalista” (Opción ciudadana, 2016: 8).

²⁶ Énfasis propio

“impulsar: a) La ciencia, la tecnología y la innovación como motor económico de largo plazo. b) Responsabilidad social empresarial” (Ramírez, 2018).

La propuesta política de Ramírez, si bien se encuentra dividida en ejes, no es clara en cuanto a cómo se traduce en la vida cotidiana. Afirmaciones como “*reconocimiento y apoyo a la protección de la integridad de la mujer*” podrían ser entendidas desde puntos radicalmente distintos: Por un lado, es posible argumentar que la protección de la integridad de la mujer significa limitar el acceso a la IVE, fomentar la abstinencia sexual, rechazar el matrimonio homosexual, avivar las relaciones monógamas, entre otras cosas por el estilo²⁷. Mientras que para grupos como La Mesa y Women’s Link Worldwide, esta misma afirmación puede significar brindar servicios de IVE legales y seguros, promover el uso de métodos anticonceptivos eficaces, brindar la posibilidad a las mujeres de tener un proyecto de vida que no necesariamente incluya la maternidad, el matrimonio o la heterosexualidad²⁸.

No sorprende que, en un país como Colombia, con libertad de culto, creencias y cultura, las personas no converjan en un único punto sobre un tema tan polémico. Sin embargo, discursos y planes políticos como los del concejal hacen daño al aborto, no por su posición en contra, sino por la zona nubosa en la que posicionan a la práctica. Usuarios y funcionarios del servicio de IVE se enfrentan a la indeterminación de la norma y a sus consecuencias: poder ser leídos y, así mismo, etiquetados como criminales. Más allá de discutir la claridad o no de las propuestas de Ramírez, es importante hacer evidente que sus palabras y acciones condenan el destino del aborto a la clandestinidad, incluso en los casos despenalizados. El discurso, los textos, los debates y las intervenciones que realiza Ramírez en el consejo y sus plataformas digitales contienen, por un lado, un lenguaje semántico y literal ambiguo en lo que respecta al derecho al aborto, lo cual ha resultado en interpretaciones dispares; pero, por otro lado, un lenguaje artificial (i.e. un lenguaje creado y empleado conscientemente con un objetivo) en el que adjudica connotaciones negativas al aborto, a las instituciones, a los prestadores, a las mujeres y al derecho a la práctica.

Específicamente, las prácticas y discursos del concejal han producido la percepción generalizada, entre los médicos que prestan el servicio de IVE, de que el estado tiene una relación ambigua con el aborto; como es una práctica sobre la que no se educa tiende a la ilegalidad y la legalidad al

²⁷ Consultar: <http://www.marcofidelramirez.com/>

²⁸ Consultar: <https://www.womenslinkworldwide.org/womens-link/sobre-women-s-link>
<https://despenalizaciondelaborto.org.co/la-mesa/>

tiempo. Sin lugar a duda, la desinformación ha contribuido significativamente en la creación y mantenimiento del estigma hacia el aborto y los prestadores del servicio²⁹. En consecuencia, no se ofrece ni estima ninguna solución al problema de fondo: se desestima el aborto como derecho de las mujeres para ser reducido a una cuestión netamente moral que pone en riesgo la sociedad.

La acción más significativa³⁰ y que muestra de forma clara los efectos que pueden tener los funcionarios, y específicamente el concejal Ramírez, es el cierre de la estrategia piloto de Servicios Amigables para la Salud Sexual y Reproductiva para las Mujeres (SAM); ubicado en un Centro de Atención Médica Integral (CAMI)³¹. En el 2012, la Secretaría Distrital de Salud destinó recursos para la apertura y publicidad del SAM. La estrategia piloto buscaba crear espacios de información, orientación y atención de calidad para que las mujeres pudieran ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Específicamente, los Centros de Servicios Amigables buscaban “garantizar la atención para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a las mujeres que lo soliciten, en el marco de la Sentencia C-355 de 2006” (Alcaldía de Bogotá, 2012).

De acuerdo con los médicos que trabajaron en el SAM, la estrategia inició como un proyecto bien ejecutado; en tanto brindaba el espacio y los profesionales requeridos para prestar el servicio de IVE con altos estándares de calidad:

“Gracias al trabajo también del grupo de abogadas de la Mesa por la Vida y también del trabajo de Oriéntame³² como tal, como institución ya reconocida, se empezó un trabajo con la Secretaría de Salud para tratar de impulsar el programa. Y uno de los Hospitales que se designó como piloto para programas de interrupción fue el Hospital de [localidad]. También con la aceptación, beneplácito y apoyo del doctor [jefe de ginecobstetricia]. Entonces, la alcaldía dio un dinero y se abrió un centro piloto en uno de los centros primarios del Hospital de [localidad], que se llama CAMI [localidad]. El tercer piso se adecuó totalmente, y se abrió el primer Centro de Servicios Amigables para la Mujer del Distrito de Bogotá. Allí se empezó a hacer consulta de interrupción y planificación (...)

²⁹ En el segundo capítulo me centro en mostrar las consecuencias que han tenido las acciones del concejal en la configuración de los servicios de IVE en el país; así como, las formas específicas en las que los arreglos institucionales han creado y perpetuado el estigma hacia el aborto.

³⁰ De acuerdo con los médicos que participaron en la investigación

³¹ Teniendo en cuenta que en el servicio trabajaron un número muy limitado de médicos, no incluyo la localidad o demás descriptores del servicio.

³² “Fundación sin ánimo de lucro desde 1977 trabajando por la salud y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos” (Oriéntame, 2019)

Y yo estaba yendo al Centro de Servicios Amigables a hacer consulta normal de embarazo. Y empecé, subí lo conocí, hablé con la abogada, empecé a conocer y me gustó muchísimo”³³.

Sin embargo, después de tres años de servicio, el SAM fue cerrado de forma definitiva. Los médicos que trabajaron allí señalan que el cierre fue producto de las acciones emprendidas por el concejal Ramírez en alianza con algunas personas del hospital. Tal como se describe a continuación:

“El Hospital [que actualmente presta el servicio de IVE] nunca se abrió un centro piloto, nunca tuvo un Centro de Servicios Amigables como lo tuvo [localidad]. *Así que no fue visibilizado, no fue abierto al público.* El Centro de Servicios Amigables de [localidad] sí lo fue. Y tuvo entre otras cerca a su cierre, yo creo que se sumaron varias cosas, el cambio de gobierno; pero también, que ya tenemos una persecución importante de un concejal, o un grupo de concejales; religiosos, cristianos, super antiderechos, totalmente contradictores del aborto. Y que pues persiguieron a todos los centros amigables al punto de llevar a debates políticos, debates en el consejo; y lograr también la presión para el cierre del servicio”³⁴.

Como se mostrará más adelante³⁵, la institución pública que presta actualmente el servicio de IVE en todas las edades gestacionales “*no fue visibilizado, no fue abierto al público*” como respuesta directa a la presión política ejercida por el concejal. Es decir que un centro especializado y regido por la norma, que educaba a sus usuarios, fue cerrado y; en su lugar, otro centro de salud sexual y reproductiva empezó a operar en secreto. Todos estos son factores que estigmatizan por los tintes de ilegalidad, clandestinidad y sospecha que se ciernen sobre la práctica de IVE. Además, para los médicos e instituciones que prestan servicios de salud, la legalidad del aborto quedó en entredicho; pues la impresión que el cierre del CAMI generó fue que la IVE, más allá de lo que estableciera la sentencia, debería realizarse de manera oculta; así también, quedó en entredicho la legalidad de la labor de los médicos que allí trabajaban, junto con su seguridad laboral.

Para efectuar el cierre del CAMI, el concejal Ramírez convocó a un debate en el Concejo de Bogotá el 31 de julio de 2015. En el debate el concejal realizó una intervención en relación con la propuesta 235 de 2015: “Cumplimiento de la sentencia C-355 de 2006 en el distrito”. Los funcionarios invitados y citados al debate fueron: la Secretaría Distrital de Salud, la Contraloría Distrital, la

³³ Entrevista médico ginecobstetra 21 de marzo del 2018

³⁴ Entrevista médico ginecobstetra 21 de marzo del 2018

³⁵ Segundo capítulo, sección instituciones públicas

Personería Distrital, la Procuraduría Distrital, Veeduría Distrital y Procuraduría Delegada para la Defensa de los Derechos de la Infancia, Adolescencia y Familia de la Procuraduría General de la Nación

En el debate el concejal Ramírez expuso tres puntos: en el primer punto planteó que en Bogotá se están realizando abortos de manera indiscriminada pues las causales despenalizadas están siendo interpretadas de manera amplia. Para argumentar esto, el concejal deslegitimó, una a una, las causas a partir de aseveraciones como:

“La despenalización total o parcial del aborto, a nivel internacional con afectación a Colombia, surge de hechos ficticios aprovechados política e ideológicamente, cuyo resultado fue una instrumentación jurídica como arma de asesinato a seres humanos no nacidos. El cuerpo de la mujer es suyo, pero el de otros, así lo lleven temporalmente dentro de sí, no les pertenece, son seres humanos genéticamente autónomos. Con la excusa de la Salud Mental de la Mujer, cualquier pretexto vale para abortar, el 97,4%, de los más de 23 mil abortos realizados en Bogotá desde 2006 a 2014, así lo demuestran” (Ramírez, 2018, pág. 11)

En el segundo punto, el concejal expuso que no hay control a las entidades privadas por parte de la Secretaría Distrital de Salud (SDS). De acuerdo con el concejal, La SDS está ignorando que las entidades privadas están usando el supuesto peligro que representan los abortos clandestinos como un gancho publicitario; pues “el aborto es un negocio”; tanto así, que se privilegia la atención de los abortos por encima de otros servicios médicos. Y finalmente, el tercer punto fue que la SDS se extralimitó en funciones produciendo la circular 43 de 2012 en donde se estipulaban los Lineamientos técnicos para la prestación de servicios de salud en interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Específicamente en relación con el cierre de los Servicios Amigables el concejal planteó:

“A las mujeres en gestación, incluso las que quieren tener sus hijos, las conducen a un lugar llamado “Servicios Amigables”, que es un sitio agradable que no parece una clínica y que no padece de los amargos trámites del sistema de salud, como el que tiene el Hospital y el CAMI de [localidad], donde se atiende más rápido una IVE que una apendicitis o un politraumatismo. Este hospital, paradójicamente tiene por eslogan “Territorio de Vida”, ¿Territorio de qué?

Si observaron las cifras, [localidad] es el “*matadero distrital de niños no nacidos*” a donde llegan gestantes de varias partes del país. Pido a los entes de control que con base en esta denuncia pública que hago por redes sociales, hagan apertura de investigación a este hospital, y sean ustedes, quienes sí pueden (conforme a la ley) conocer los registros médicos, y que verifiquen las motivaciones de los abortos y saquen su propia estadística” (Ramírez, 2018, pág. 6)

Como resultado de las afirmaciones del concejal, junto con un video colgado en sus redes sociales en donde detalla lo que ocurría en el SAM, se formó un grupo de resistencia, que desencadenó el cierre del SAM en esa localidad. El video colgado en YouTube el mismo día del debate presenta las supuestas violaciones legales que estaban ocurriendo en el SAM de forma detallada. El video cuenta con más de quince mil visualizaciones y se titula “¡ALARMANTE! Asesinan bebés en Bogotá (Compártelo)”³⁶.

En la primera parte, a través de animaciones se explican los puntos centrales de la denuncia. En la segunda parte, exfuncionarios del SAM sustentan los argumentos presentados en la primera parte del video de manera anónima, e incluso incluyen fotografías de los fetos que fueron abortados; así como de los procedimientos de desecho de los residuos biológicos resultantes del procedimiento. En la tercera parte del video, el concejal Ramírez afirma que es su deber denunciar lo que está sucediendo en Bogotá y lo que están haciendo con los impuestos de los ciudadanos. Para prevenir que esto continúe, Ramírez hace una invitación a votar por el partido Opción Ciudadana en las elecciones que se llevarán a cabo en octubre para continuar defendiendo “La vida, la familia y los valores”.

Lo que resulta paradójico y cuestiona la seguridad jurídica³⁷ es que los argumentos utilizados en la denuncia del concejal no deberían haber sido tomados como válidos para cerrar el servicio. Sin embargo, el cierre del SAM sirvió como caso ejemplarizante para moldear la apertura de futuros servicios de IVE. Si se tiene en cuenta lo que establece la sentencia C355/06, los actos denunciados por el concejal son legales. En cuanto a la priorización de la atención del servicio de IVE sobre

³⁶ <https://youtu.be/A5zGLyj0TTY>

³⁷ “El principio de confianza legítima consiste en la expectativa genuina que alberga el particular, de que las reglas establecidas por el Estado para el ejercicio de una actividad o el reconocimiento de un derecho no sean variadas súbitamente. De acuerdo con ello, este principio se ve defraudado cuando la autoridad produce un cambio abrupto en sus comportamientos y decisiones, cambio que resquebraja la esperanza legítima que el administrado se ha fijado” (Sentencia 2009-00348, 2018).

otros servicios médicos es razonable. La Superintendencia Nacional de Salud en la Circular 003 de 2013 estableció que las entidades prestadoras del servicio “deben responder de forma oportuna las solicitudes de IVE y que un término razonable para ello, y para realizar su práctica -de ser médicamente posible- es de cinco (5) días”.

Si se tiene en cuenta que para realizar la IVE la entidad puede solicitar exámenes o valoraciones de especialistas, antes de realizar el procedimiento, tan pronto como la mujer manifiesta su deseo de la interrupción deben empezar a realizarse todos los procedimientos correspondientes: pues “tal trámite debe darse en todo caso dentro de los cinco días que constituyen el plazo razonable para contestar la solicitud de IVE y proceder a la misma” (Sentencia T-841, 2011).

El segundo y tercer punto relacionados con que la publicidad de Oriéntame y Profamilia presentan el aborto como la única opción, el concejal ahondó en el tema en un comunicado de prensa publicado un mes antes del debate. En el comunicado el concejal expresó:

“Ante la campaña abortista que adelanta Profamilia, identificada con el lema “La decisión es tuya”, el Concejal de Bogotá Marco Fidel Ramírez le solicitó a su Directora Ejecutiva, Marta Elena Royo que retire dicha campaña, porque direcciona engañosamente a una única decisión. (...) la vida es la mejor opción para las mujeres embarazadas y para los no nacidos” (Ramírez, 2018)

Tanto Profamilia como Oriéntame son entidades privadas que no tienen ninguna clase de relación con el CAMI, y, por consiguiente, las campañas que esas entidades emprendan no deberían tener relación con lo que ocurría en el SAM. En cuanto a que se presenta el aborto como la única opción, esto se sustenta con el testimonio de un empleado del CAMI que expresó:

“Hemos conocido casos de madres que van a hacerse su control prenatal con todo el interés por sus hijos, sin ningún deseo de abortar y el ginecólogo les ha vendido la idea que es mejor que interrumpan el embarazo porque una no tenía sino 15 años y que pues eso era dañar su vida” (Ramírez, 2015)

De acuerdo con la sentencia, si las mujeres son menores de edad ellas pueden decidir si quieren abortar o no³⁸; ‘perjudicar el proyecto de vida’ está contemplado como una razón para los casos

³⁸ Superintendencia Nacional de Salud en la Circular 003 de 2013

que los está permitido realizar una IVE³⁹. Finalmente, el médico está en la obligación de presentarle a la paciente todas las opciones que tiene: incluyendo la IVE, si lo considera pertinente.

Con respecto al cuarto punto, de acuerdo con el Protocolo de “Prevención del Aborto Inseguro en Colombia” del Ministerio de Salud y Protección Social, el método que debe ser utilizado para realizar una IVE, hasta 15 semanas completadas desde la fecha de la última menstruación, “incluye un régimen combinado de mifepristona con misoprostol. Como en Colombia no se dispone aún de la mifepristona, se emplea el misoprostol solo” (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2014, pág. 48).

Cuando el embarazo supera las 15 semanas, se puede utilizar métodos quirúrgicos como la dilatación y evacuación; o pueden emplearse esquemas de misoprostol hasta que se realice la expulsión del feto; en caso de retención se puede realizar evacuación uterina (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Cuando se realizan IVE después de las 20 semanas de gestación, en Colombia se induce a muerte fetal antes del procedimiento (Resolución 3280 de 2018, 2018); razón por la cual, el feto no siente el aborto y no hay posibilidad de que nazca vivo (OMS, 2012). Por último, todos los residuos biológicos producto de la IVE deben ser desechados de acuerdo con el decreto 351 de 2014 expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En este contexto, la situación descrita en el video en el que el feto nace vivo no es un escenario probable. En Colombia no hay una edad gestacional límite para solicitar el procedimiento. Sin embargo, si es viable que el feto tenga vida extrauterina, se induce a muerte fetal. De acuerdo con una investigación realizada en Bogotá, en todas las IVE mayores a las 18 semanas de gestación en un hospital público se indujo exitosamente a asistolia fetal⁴⁰ antes de realizar la expulsión del feto (Camelo & Mejía, 2014).

En cuanto a la disposición de los residuos que se describen en el video, es viable y legal que haya ocurrido de la manera en que allí se describe. Cabe recordar que la mayoría de los abortos en Colombia ocurren durante el primer trimestre gestacional y en la mayoría de los casos la expulsión del feto no se realiza en instituciones prestadoras del servicio de IVE (Ministerio de Salud y la

³⁹ La causal salud es entendida de manera amplia como el completo bienestar físico, mental y social; es decir, “dañar el proyecto de vida” es tratado como un detrimento al completo bienestar mental y social.

⁴⁰ “Ausencia total de sístole cardiaca, con pérdida completa de la actividad. Es una de las formas de paro cardiaco” (Clínica Universidad de Navarra, 2021).

Protección Social, 2014, pág. 49). Finalmente, la IVE es contemplada como un derecho, y por tanto es normal y esperable que el Estado asuma el costo que esta genere.

En síntesis, el concejal Ramírez utilizó el argumento de que es su función regular los recursos públicos de la ciudad y que estos estén siendo usados de forma eficiente para denunciar las presuntas irregularidades que ocurren en la administración del distrito. Con esto, logró presentar de manera convincente para los funcionarios estatales y la población general que el aborto es ilegal e ilegítimo. De esta forma, si bien la denuncia de Ramírez no tiene procedencia jurídica, la denuncia tuvo efectos políticos reales con el cierre del SAM.

En cuanto a la seguridad jurídica, el cierre del SAM produjo que los funcionarios de esta institución no tuvieran certeza de qué es legal y qué no; de quién está produciendo realmente las leyes y el papel de la opinión pública en todo el asunto. Así mismo, generó incertidumbre en relación con las posibles consecuencias de sus actos. De igual forma, reforzó el estigma mediante el cual cesa la confianza legítima que tenían los funcionarios sobre su trabajo y situación legal, pues el respaldo jurídico para continuar prestando su deber constitucional fue quebrantado.

A continuación, se presenta un fragmento en el que uno de los médicos describe esta situación; sin embargo, en el capítulo dos se ahonda con más profundidad:

“Pues es que esa es la parte delicada, sobre todo por lo que viene en las elecciones. Entonces el contexto político es que estamos radicalizados. Estamos radicalizados entonces los grupos ultra conservadores son enemigos 100% de las decisiones de las mujeres. Entonces vemos con temor que si el nuevo presidente sea de ese perfil no sabemos cómo nos va ir. No sabemos porque hemos tenido la persecución permanente, en el caso del procurador [Ordóñez] nos estuvo hostigando permanentemente, permanentemente. Entonces son personajes que tienen o tenían poder, pero si lo vuelven a tener seguramente no sabemos eso cómo nos vaya a afectar, porque finalmente la política es la que maneja las decisiones grandes y sí hay un cambio en la política, aunque no es fácil., pues sí nos podríamos ver afectados”⁴¹

Es claro que el aborto, específicamente, dónde y en qué condiciones hacerlo, depende de la agenda política de uno y no de las sentencias o de un proceso de transición para la implementación de las causales de despenalización. Hasta aquí es posible ver con claridad cómo los intereses personales,

⁴¹ Entrevista médico 10 de abril del 2018

las creencias individuales y algunas agendas políticas en particular abonan el terreno para que el aborto sea un tema difícil, nuboso e incierto.

La falta de garantías, tanto judiciales como médicas, han incitado los señalamientos y el refuerzo de estereotipos. ¿Cómo y amparados en qué juicios específicos se estigmatiza el aborto? Pues bien, el concejal deja claro cuáles son los juicios de valor con los que mide la práctica: primero, trata la despenalización como un hecho ficticio, con lo cual, no solo desconoce el derecho de las mujeres sobre su cuerpo, sino el derecho social a un estado de leyes. Segundo, se equipa de etiquetas, como ‘matadero’, y utiliza imágenes de restos fetales para “socavar la evaluación racional del contenido del mensaje” (Hopkins, Zeedyk, & Raitt, 2005, pág. 393) logrando de esta forma la personificación del feto. Tercero, desacredita la importancia de la salud mental frente a un caso de aborto. Por último, desestima los derechos de la mujer comparándolos con armas de asesinato.

En conclusión, la estructura administrativa del estado moderno colombiano no ha facilitado ni exigido los principios que orientan al funcionario alrededor de la racionalización inherente. Acción que caracteriza, en la teoría, al estado moderno como empresa colectiva de dominación impersonal, en principio neutral y formal a nivel jurídico (Schmitt, 1985, págs. 43-44). Este estado de indeterminación y/o ambigüedad de la norma es el ambiente ideal para ratificar y cultivar discriminación en lugar de claridad; y estigma en lugar de educación sexual y reproductiva.

Conflictos políticos internos en el marco de la administración pública en el país

La implementación de la IVE en Colombia hace evidente cómo los supuestos del estado racional pueden ser disputados en el marco de la administración pública. Particularmente, se objetan las ideas de neutralidad y racionalidad de los funcionarios públicos; así como del derecho mismo. Los funcionarios públicos no solo acatan y ejecutan lo que la ley les obliga, estos también interpretan sus obligaciones de acuerdo con su agenda política personal.

Los casos del exprocurador general y del exconcejal por Bogotá permiten rastrear cómo los conflictos éticos de los funcionarios tienen una incidencia política que afecta el acceso a derechos. En ambos casos, no es la posición personal frente al aborto, sino las ideas camufladas dentro de las campañas y las acciones políticas, las que menoscaban el derecho al aborto legal y seguro, tanto para usuarios como para funcionarios. El estigma sobre el aborto (i.e. las marcas de vergüenza y descrédito: peligroso, oscuro, insalubre, ilegal, criminal...) junto con los estereotipos de género (i.e. ideas fijas como que la mujer debe ser madre y el hombre, a través de juntas médicas y grupos

políticos, es el que decide sobre el cuerpo de la mujer) son los que cimientan el proceso de estigmatización por el cual hay un incremento, tanto en la actividad legislativa como en el pensamiento común, de restricciones legales, ideales y morales sobre la despenalización.

En el caso del procurador, su ética lo obliga a acatar la ley y su función es asegurarse que los demás funcionarios también lo hagan. Sin embargo, las aseveraciones que realizó el procurador, a nombre de su cargo, no propio, tienen una incidencia política que va en detrimento de los derechos de las mujeres. Específicamente, la dispersión normativa que generó el procurador crea dudas sobre la legalidad y legitimidad del aborto entre los funcionarios encargados de implementar la IVE. Los discursos políticos no responden al deber ser de los funcionarios, de sus cargos y deberes públicos; por el contrario, hay un aprovechamiento del poder político para limitar las normas y sentencias. Esto se convierte en uno de los principales factores para que el servicio de IVE seguro sea inaccesible, pero si clandestino.

Respecto al exconcejal, su proceder hace evidente cómo por encima del deber político y público están las creencias y los intereses personales. La incidencia que la política tiene en el acceso a derechos, en el caso de Ramírez, tiene un impacto negativo. Primero: desinforma y no educa. Segundo: la sociedad percibe la IVE como algo malo a priori; en lugar de crear conciencia sobre los motivos y el procedimiento. Tercero: las personas que brindan el servicio son vistos como asesinos y no como trabajadores de la salud. Cuarto: afirma abiertamente a la sociedad que el acceso a derechos puede cambiar por razones no legales. Finalmente, el caso del exconcejal muestra a los ciudadanos y usuarios de la salud que sus derechos son menos importantes que las creencias y el programa político de los que están en el poder: las acciones para cerrar el SAM no estaban encaminadas a denunciar e intervenir una institución que operaba en oposición a las normas y leyes, sino que atacaba directamente el servicio de IVE, sin distinguir casos o excepciones.

Queda expuesto a la luz que el problema reside en que el estigma y los señalamientos de ilegalidad e ilegitimidad, pesan más en el sistema legal y en la opinión pública que leyes y normas que regulan la práctica de IVE. Los argumentos utilizados por el concejal no deberían ser suficientes para convencer a los encargados de la administración pública de cerrar el servicio; especialmente cuando los argumentos no tienen una procedencia legal. Esto va en contravía de la supuesta racionalización inherente del estado moderno que responde, en principio, a una sociedad de libre pensamiento y decisión.

Reflexiones finales

Las tensiones en los supuestos elementales del estado moderno como empresa colectiva de dominación impersonal, neutral y jurídica se hacen evidentes en la implementación de la IVE en Colombia. Si bien existe una “voluntad” del estado por implementar la IVE, esa voluntad no necesariamente se ve expresada en las acciones de los funcionarios estatales. Es decir, los desarrollos jurídicos no son la única fuerza que moldea las acciones de aquellos encargados de la implementación de la IVE en Colombia.

Si bien los desarrollos jurisprudenciales en torno a la IVE han establecido una ruta de acción clara, con un manual de atención específico, todas las leyes son generales. Es decir, los funcionarios deben interpretar la normatividad expedida con relación a la IVE y aplicarla en los casos específicos. El problema resulta en que la interpretación de las normas abre un espacio para impulsar la voluntad propia sobre la estatal. En otras palabras, con la posibilidad de interpretar la ley se permite que los juicios personales sobre un tema condicionen la forma en la que se implementan las leyes. Esta imposición de voluntades pone en tensión la supuesta racionalidad del estado; pues dichas acciones no se hacen en nombre del funcionario, sino en nombre del cargo público que administran o del estado mismo.

Los casos de Ordoñez y Ramírez ejemplifican la forma como la agenda personal se mezcla con la estatal en la implementación de la IVE en Colombia. Además, dichos casos se contradicen con la teoría de que, el normal funcionamiento del estado requiere de una obediencia técnica y sin fricción (Schmitt, 1985, págs. 43-44). Ambos casos hacen evidente cómo los supuestos de un estado legal racional pueden ser usados para impulsar una voluntad propia, sobre una estatal, pues las funciones de los cargos estatales han sido utilizadas para frenar y limitar la sentencia C-355.

Los estigmas que reproducen el exconcejal y el exprocurador permiten entender cómo los principios generales de la administración del estado se ven afectados por la discrecionalidad de algunos de los funcionarios, siendo estos un aspecto elemental de la burocracia estatal (Abrams, Gupta, & Mitchell., 2015) (Gilbert & Nugent, 2002). Las acciones de ambos funcionarios tienen efectos importantes dentro de la cotidianidad de la IVE; los cuales, a su vez, tienen repercusiones en el acceso a derechos y en el estigma que viven médicos y pacientes que practican y acceden a la IVE en Colombia.

Capítulo 2

Experiencias médicas: el estigma dentro del entorno laboral

Hasta aquí, me he encargado de explicar, como primer paso, el contexto colombiano en el que surgió la sentencia C355/06. Luego, expliqué cómo han interferido en la implementación de dicha sentencia, actores políticos externos y, cómo han consolidado un proceso de estigmatización sobre todo lo que rodea a la práctica de IVE. Ahora, quiero mostrar un poco de la realidad que se vive en los centros de salud para evidenciar cómo operan desde adentro los funcionarios involucrados y qué consecuencias traen aquellos estigmas, estereotipos, prejuicios y etiquetas que se ciernen sobre el aborto.

En este capítulo, me interesa mostrar las diferentes formas en las que se manifiesta y perpetúa el estigma hacia los médicos que practican IVE dentro de las entidades públicas y privadas. Con esto, espero hacer evidente un problema que se suma a la práctica de IVE, pero que no es posible ver desde fuera: el estigma laboral contra los médicos se configura a partir de relaciones de poder desiguales; en las cuales, el servicio de IVE funciona de manera diferente y subordinada a los demás servicios de salud.

Veremos con precisión que, dentro de los centros prestadores de servicios de IVE, el estigma es un proceso social multifacético, multidireccional y contextual. ¿Por qué? Porque siendo el estigma un atributo desacreditador, logra, desde la posición estructural del proceso de estigmatización, atacar tanto a usuarios y funcionarios como a instituciones. Además, logra apuntar a objetivos de carácter legal, moral, social y cultural. Es así como el estigma es multifacético y multidireccional: no es un solo elemento, el estigma forma parte de una compleja estructura. El estigma atraviesa cuestiones individuales y colectivas y proviene de múltiples actores.

En este sentido, el proceso de estigmatización está vinculado con la reducción de una persona o grupo a uno o varios atributos valorados como negativos en relación con las normas culturales dominantes. Específicamente, el aborto es entendido y tratado como un servicio diferente dentro de las instituciones, lleva consigo marcas negativas; las cuales, afectan por asociación a las instituciones y a los servicios. Las consecuencias para los profesionales de la salud es ser leído y tratado de manera diferente y/o subordinada.

Siguiendo a Kumar et al (2009), el estigma hacia el aborto debe ser entendido como: “una cualidad negativa atribuida a las mujeres que buscan interrumpir un embarazo; y que las marca, interna o externamente, como inferiores al ideal de la femineidad” (Kumar, Hessini, y Mitchell, 2009, pág. 628). Es decir, las mujeres que deciden abortar son marcadas como inferiores, pues no solo van en contra de la idea de que las mujeres dan vida, sino también, la muerte. En otras palabras, “las mujeres que buscan terminar un aborto están tomando la decisión de terminar una potencial vida; y eso, es profundamente perturbador para el orden moral” (Kumar, 2013, pág. e329). Para los propósitos de este texto, me acojo a la definición de Kumar et al (2009); sin embargo, cuestiono que el estigma hacia el aborto únicamente afecta a las mujeres. Como voy a mostrar en las páginas que siguen, el estigma también afecta a los médicos que realizan el procedimiento, ya que estos participan activamente en la terminación de la vida del feto.

Una mirada a la institución privada prestadora de servicios de IVE

El aborto en Colombia era completamente ilegal antes de la sentencia C355 de 2006. Es por ello, que la mayoría de los abortos eran practicados por personas sin conocimiento médico, en recintos carentes de criterios higiénicos y con instrumentos caseros⁴² (Sentencia C-355, 2006). Como consecuencia de ello, existían altas tasas de mortalidad y morbilidad materna en el país (Sentencia C-355, 2006). En busca de una solución al problema, en los años 70, un médico fundó una organización independiente para ayudar a las mujeres.

La institución contribuyó a la mejora en la prestación del servicio de aborto en el país; debido a que prestaba asistencia médica cuando el proceso de aborto ya había iniciado y requería atención especializada para finalizarlo (Lang, 2014). Con la despenalización parcial del procedimiento en 2006, esta institución y sus trabajadores fueron reconocidos por su experiencia. Tanto así, que la institución participó activamente en la creación de protocolos para la implementación de la IVE en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Con este nuevo reconocimiento, la institución empezó a promocionar abiertamente el servicio de IVE. Como resultado de ello, algunos grupos en contra del aborto empezaron a ejercer presión

⁴² En la sentencia C355/06 se plantea que con la tipificación de la conducta punible de aborto ha llevado a que las mujeres “acudan a lugares clandestinos, carentes de condiciones mínimas de higiene en los que se practican un aborto, creando así un mercado ilegal de servicios médicos, con lo cual el fin buscado de proteger la vida, no se logra” (Sentencia C-355, 2006). Si bien la sentencia en múltiples ocasiones nombra los protocolos médicos, servicios médicos seguros y reglas de higiene no especifica los criterios de inclusión o exclusión a estas categorías.

sobre la institución y sus prestadores de servicio⁴³. Tal vez, la muestra de rechazo más evidente han sido las jornadas de vigilia y oración establecidas por 40 Días por la Vida:

“Esa es una parte difícil porque anteriormente, cuando te digo, o sea, cuando todavía no estaba la sentencia, pues nosotros trabajamos muy ¿cómo se dice? muy anónimos [institución] digamos no tenía mucha publicidad ni nada de eso; Pero a partir de la sentencia entonces pues sí empezamos a sentir esa presión”⁴⁴.

40 Días por la Vida es un movimiento internacional que busca acabar el “negocio del aborto” a través de la oración, el ayuno y la vigilia pacífica en frente de “las empresas de aborto” (40 Days for Life, 2019). En Colombia, las vigiliass se realizan dos veces al año en más de 40 ciudades. En Bogotá, se desarrolla en siete puntos de la ciudad: Teusaquillo, Calle 100, Hospital de Suba, Kennedy, Hospital Bosa Centro, Usaquén y Quirigua (Coalición por la Vida Colombia, 2019).

De acuerdo con algunos de los médicos que trabajan en la institución, “*la presión no es tan fuerte*” por parte de 40 Días por la Vida; pues hasta el momento, el grupo no ha realizado actos de violencia extrema como en otros países⁴⁵. Sin embargo, ellos reconocen que las vigiliass son intimidantes y no descartan la posibilidad de ser violentados:

“Hasta ahora han sido como muy pacíficos: vienen y rezan y todo eso, pero no, así como que hagan comentarios feos o que le digan a uno cosas feas. Yo hace como unos cuatro, cinco años estuve en una clínica en Estados Unidos para ver cómo era el funcionamiento y tratar de implementar eso acá. Y al frente de la clínica sí había personas de esas antiderechos y les decían cosas a las pacientes como ‘tu hijo está vivo’, que no sé qué... Pero acá no, acá lo único que han hecho es rezar. Entonces aquí *la presión no es tan fuerte*”.

“A veces es un poco *intimidante* cuando llegan ahí como hasta la puerta y ahí y miran y todo eso. Pero de resto nada. En donde yo vivo, pues detrás del edificio hay una iglesia; y una vez, en la cartelera pusieron un aviso de 40 días. Y yo “ay de pronto alguien dirá y me verá”. Después de que uno ha trabajado tanto tiempo uno como que está curtido. A uno le da *temor* es que, esas personas

⁴³ “Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes” (Rozo & Acosta, 2016, pág. 9)

⁴⁴ Entrevista médico 15 de abril del 2018

⁴⁵ Uno de los posibles motivos por los cuales los médicos señalan: “A uno le da *temor* es que esas personas pueden ser fanáticas y uno no sabe en qué momento si lo identifican a uno pues puedan hacer algo” es que en países como Estados Unidos se han presentado casos de violencia extrema hacia los prestadores de servicios de aborto. “Entre 1973, cuando la Corte Suprema decidió que el aborto debería ser legal en todo Estados Unidos, y 2003, los proveedores de aborto han sido blanco de más de 300 actos de violencia extrema, incluidos incendios provocados, bombardeos, asesinatos y ataques con ácido butírico” (Hutcherson, 2015).

*pueden ser fanáticas y uno no sabe en qué momento si lo identifican a uno pues puedan hacer algo”*⁴⁶.

“Lo que he percibido es que los que se han afectado son las personas nuevas, al comienzo les ha dado mucho temor enfrentar eso [vigilia]. Médicos nuevos se han afectado, les da temor de pronto de que eso pueda desencadenar en actos agresivos, violentos. Los médicos nuevos sí, lo he percibido por lo que vivimos periodos muy fuertes ¿sí? En que afrontábamos otras cosas ya de tipo legal. Eran tiempos mucho más complejos, entonces ya esta parte, como de las vigiliass, no. Por lo menos a uno personalmente no lo han afectado”⁴⁷.

En las citas anteriores, podemos ver cómo el acto de la vigilia es comprendido como ajeno, en tanto no hay agresiones directas o violentas; sin embargo, aquello es un acto directo de oposición con objetivos específicos dentro de un proceso de estigmatización. Link y Phelan (2014) denominan los actos donde se inserta el estigma como “poder del estigma”⁴⁸. Al respecto dicen que son: “las instancias en las que los procesos de estigmatización logran los objetivos de los estigmatizadores con respecto a la explotación, control o exclusión de otros” (Link & Phelan, 2014, pág. 24). Según los autores, los estigmatizadores tienen intereses específicos y, para alcanzarlos, el estigma es el mecanismo de poder de elección.

A través de la vigilia, el grupo ‘40 Días por la Vida’ busca sobreponer sus intereses, normas y valores sobre los funcionarios y usuarios alrededor de la práctica de IVE. En relación con esto, los autores han descrito este proceder de la siguiente forma: los estigmatizadores buscan alcanzar a través de la estigmatización: primero, la explotación y dominación de un grupo sobre otro. Segundo, la aplicación y mantenimiento de las normas sociales; y tercero, la evitación de la dispersión o el contagio.

El punto crucial es que “los intereses de los estigmatizadores a menudo se ‘desconocen’, [pues] se ocultan en procesos que aparentemente no guardan relación con las acciones directas de quienes estigmatizan” (Link & Phelan, Stigma power, 2014, pág. 30). Esto último es preocupante por lo que nos dice: el estigma, muchas veces, se camufla como un acto o discurso inofensivo, sinuoso, no violento. Especialmente, porque “los procesos de estigmatización son indirectos, ampliamente efectivos y están ocultos en circunstancias culturales que se dan por sentadas” (Link & Phelan,

⁴⁶ Entrevista médico 15 de abril del 2018

⁴⁷ Entrevista médico 10 de abril del 2018

⁴⁸ Stigma power." Social science & medicine 103 (2014): 24-32.

2014, pág. 24). Así las cosas, no hay que menospreciar el efecto que tiene la vigilia en el proceso de estigmatización, pues este no deja de ser un acto social dinámico entre grupos o sujetos en el que los estigmatizadores buscan mantener o establecer formas de dominación directas o indirectas sobre los estigmatizados.

Debo decir que, no quiero que se mal interprete lo anterior: por más de que haya una posible lectura desapercibida de la vigilia o poco alarmante frente a otras acciones, los médicos han identificado y señalado que, aunque ciertas acciones no los afectan, sí son estigmatizantes. Algunos sienten temor de ser identificados en sus casas; sin embargo, afirman ser consientes de que en un tema como el aborto es normal que haya gente que se oponga. Al respecto, Link y Phelan afirman que ese estigma supeditado es un ‘estigma internalizado’, pues es una forma de poder simbólico a través del cual las victimas se sienten tentadas a aceptar las valoraciones culturales y el orden social impuesto por el estigma.

Ahora, a institución ha tomado medidas claras para prevenir que los conflictos con 40 Días por la Vida se intensifiquen. Por una parte, existe un canal de comunicación abierto con las autoridades competentes. Por otra parte, el personal de la institución tiene la orden de “no provocar a las personas de la vigilia”. Esto significa no salir de la institución a menos de que sea necesario; y en caso de hacerlo, no utilizar prendas distintivas; tales como, trajes antifluidos y batas médicas. Cabe aclarar que, incluso las medidas de prevención se transforman en acciones de estigmatización, pues sugieren abiertamente la clandestinidad, el ocultamiento y el encierro del personal relacionado con la IVE.

“De todas maneras tenemos un plan de contingencia, nosotros hablamos con la secretaria de gobierno de la alcaldía, yo directamente aquí con el CAI de la localidad ¿sí? entonces ya tenemos unos mecanismos presentes para que respeten a las pacientes. Entonces ellos allá al frente recen todo lo que quieran, siempre y cuando no haya una intervención directa con nuestras mujeres”.

“Obviamente que la recomendación siempre es que pues uno procure no salir pues cuando están ellos, salir con el uniforme y con bata ni nada de eso. Pues sí, por ejemplo, ahora en Semana santa, la mayoría de esta jornada de 40 días estuve incapacitado, pero uno procura no salir a almorzar, sino traer almuerzo. Evitar sobre todo el evitar provocarlos, ¿sí me entiendes? Pero ellos hasta ahora no han sido así ha habido actos que, por ejemplo: toman fotos, o que salió por ahí un video y que parece

que lo tomaron con un dron ¿sí? Entonces sí pero ya después de uno haber trabajado tanto tiempo y como te digo⁴⁹”.

Así mismo, la institución ha tomado medidas para prevenir los conflictos dentro del entorno laboral. Particularmente, aquellos relacionados con el estigma hacia el aborto. La primera medida ha sido asegurarse de que las personas que deseen trabajar allí antes de aplicar conozcan y acepten que la institución tiene un énfasis en la prevención y la atención integral del aborto legal en Colombia. Es decir, en las convocatorias laborales, además de solicitar acreditaciones de formación y experiencia, la institución incluye entre los requisitos mínimos: “manifestar un firme compromiso con las libertades sexuales y reproductivas”; y hace énfasis en su compromiso por la atención del aborto.

“Inicialmente siempre ha sido o sea el equipo que arrancó siempre fue voluntario. Siempre fue voluntario. Ya en este momento pues ha habido otras políticas institucionales que ya plantean que el que trabaje en [institución] tiene que tener claro qué hacemos aquí y pues tiene que mirar si está en el lugar adecuado. Porque ya eso no se está como temporalizando tanto que esperemos pues la gente y más los que van ingresando tienen que saber lo que estamos haciendo. Entonces lo que pasa es que todo esto ha sido transicional porque el personal es muy antiguo. Pero entonces a medida que va entrando gente nueva ya entra con el horizonte claro. Aquí hacemos hasta tal entonces como que piénselo antes de. Los que llevamos mucho tiempo pues se les ha permitido esa transición”⁵⁰.

No obstante, para asegurarse de que las personas, en especial los médicos, realmente están de acuerdo con la práctica de abortos, cuando deciden trabajar allí, deben seguir un programa de entrenamiento riguroso: en él deciden si desean o no prestar el servicio. Como señala uno de los médicos que trabaja en la institución, es necesario estar convencido que el aborto está bien para poder realizar el procedimiento:

“la única forma de manejarlo [estigma] es estar tú muy segura de lo que estás haciendo porque o sino no podrías. Si tu no estás muy convencida, de hecho, a lo largo de todos estos años han estado médicos; que de pronto porque necesitan el trabajo, pero cuando uno entra porque necesita el trabajo no dura. Porque no están convencidos se están cuestionando todo el tiempo, no se sienten bien. Y de hecho ha habido médicos que han ingresado al entrenamiento y no vuelven, se van. Otros que entran están poco tiempo. Todo porque si no hay convencimiento, no se puede trabajar en esto.

⁴⁹ Entrevista médico 15 de abril del 2018

⁵⁰ Entrevista médico 28 de mayo del 2018

Entonces es la única forma de uno poder sobrellevar todo, de ahí en adelante, tener muy claro tus principios y lo que estás haciendo”⁵¹.

La segunda medida que la institución ha tomado para prevenir el estigma es realizar talleres para que los empleados tengan herramientas para poder enfrentarlo. La institución reconoce que las personas que prestan el servicio de IVE pueden ser víctimas del estigma. Es por ello por lo que la institución se asegura de que sus empleados tengan herramientas para enfrentarlo:

“Nosotros claro aquí se han hecho muchos talleres precisamente del estigma ¿no? Y se han hecho talleres y más, sobre todo, con todas las personas nuevas. Todas las personas nuevas realizan talleres del estigma de cómo se sienten y sí siempre hay un apoyo para todos los empleados. *Porque ya los antiguos pienso que estamos muy curtidos.* O sea, nosotros no, creo que no nos afectamos. Básicamente son los nuevos”⁵².

La tercera medida ha sido garantizar la estabilidad laboral de los empleados. Los médicos que participaron en la investigación relatan que llevan gran parte de su trayectoria laboral vinculados con la institución; pues sin importar las circunstancias políticas o económicas del momento, la institución los ha mantenido en su planta de empleados. De acuerdo con los médicos, se puede considerar que las medidas que ha tomado la institución han sido efectivas; en el sentido, que ellos encuentran el clima laboral agradable y desean continuar prestando el servicio.

“No, o sea, todo el equipo muy comprometido, todo el tiempo. Eso es una de las cosas agradables de trabajar acá, que es un equipo. *Todo el equipo es muy comprometido, o sea, eeh eso es una de las cosas que lo entusiasma y por eso la mayoría llevamos mucho tiempo, porque el ambiente es de colegaje es de amistad, es de compromiso, es de que todos estamos sintonizados en los mismos ideales.* Entonces es una muy buena relación”⁵³

Es importante señalar, que para los médicos que trabajaban en la institución desde su apertura, la legalización parcial de la IVE en 2006 fue el evento que cambió radicalmente la forma como experimentan el estigma. Los médicos refieren que la legalización cambió su estatus, pues pasaron de hacer una actividad considerada ilegal a ser expertos en un tema de salud pública. Es más, los

⁵¹ Entrevista médico 28 de mayo del 2018

⁵² Entrevista médico 28 de mayo del 2018

⁵³ Entrevista médico 28 de mayo del 2018

médicos se sienten orgullosos del servicio que prestan y relatan que con la despenalización el gobierno les dio la razón, pues no estaban equivocados realizando abortos.

“Yo fui el que inicié el segundo trimestre aquí. Entonces eso me ha dado mucha gratificación personal, me siento que soy partícipe de un cambio importante. Me ha dado muchísima alegría y sobre todo saber que yo he vivido toda esa transición, estamos haciendo cosas importantes. Entonces ahora sí lo hablo abiertamente con colegas(...) sobre todo porque ya hay como el respaldo legal. Antes siempre había como el estigma “no es que lo que usted está haciendo eso es ilegal” ¿sí? Hoy en día no tengo ningún problema para hablarlo abiertamente en donde sea; o sea no sufro de como a veces de sentirme mal. A pesar de que me puedan ver muy mal yo me siento orgulloso con lo que hago. O sea, para mí fue un cambio muy grande porque ahora lo puedo manifestar y hablar con todas las de la ley, como es un derecho. O sea, ya los que se están quedando y los que están actuando mal son los que no están respetando los derechos de las mujeres. Entonces es un cambio importantísimo”⁵⁴.

Por último, los médicos señalan que, si bien la legalización cambió la percepción pública del aborto, dentro de la institución esta no cambió significativamente. Los empleados que trabajan en la institución estaban convencidos de que el aborto estaba bien incluso antes de la despenalización. En este sentido, lo único que cambió fueron los requisitos y procedimientos que ahora debían seguir para cumplir con las exigencias gubernamentales.

“El ambiente laboral no creo que haya cambiado [con la legalización]. Internamente no lo he sentido así. O sea, nosotros todos los médicos que estamos acá, yo he visto que hemos estado siempre comprometidos. Eso nos da es como una tranquilidad legal, de saber que no estábamos equivocados. O sea, como que nos reafianza lo que hicimos de ahí para atrás. O sea, que estuvimos luchando contra la corriente, que éramos mal vistos que éramos un grupo muy pequeño, que solo hablábamos entre nosotros. Entonces ahorita nos damos cuenta que no estábamos equivocados, que éramos que íbamos en dirección correcta. Entonces no creo que como tal nos cambió que a partir de esto entonces no. Las cosas las seguimos haciendo como ya con otros requisitos que impone la ley, el certificado médico, hablar abiertamente del tema, expresarlo, pero en el trabajo internamente yo realmente no he sentido ningún cambio, o sea, en la forma de trabajar”⁵⁵.

⁵⁴ Entrevista médico 28 de mayo del 2018

⁵⁵ Entrevista médico 28 de mayo del 2018

Sin embargo, como señala uno de los médicos: “siempre el estigma persiste. El estigma persiste así haya leyes y todo”. Para los médicos si bien su trabajo es motivo de orgullo y ya no sienten el estigma de estar haciendo una actividad ilegal, hay facciones de la sociedad que siguen sin aceptar su trabajo. Específicamente, los médicos relatan que antes del 2006 preferían aislarse de sus colegas para evitar preguntas y cuestionamientos sobre su trabajo. Y si bien ahora se sienten más cómodos con el tema, los cuestionamientos continúan:

“De pronto hace muchos años sí se podía uno aislar sobre todo a nivel del trato social. Porque siempre la gente lo primero es: usted qué hace, en qué trabaja, en dónde trabaja. Entonces siempre es como esa preguntadera... entonces es un tema que muchos años, ni pensarlo. O sea, sí eso influyó mucho. O sea, eso puede o pudo influir mucho en que uno evitara muchas cosas sociales sobre todo a nivel con otros colegas. Ir a muchos congresos donde tú te encuentras con los compañeros, con los médicos, “oiga usted en dónde está trabajando, qué está haciendo” ¿no? sí eso es un poco jarto o era un poco jarto. Sí yo creo que uno se podía aislar, ese tema porque no era bien visto. Y todavía no es bien visto por más que se haya despenalizado, o sea existen todavía médicos, personal de salud que mira a las personas que hacemos esto como que no. O sea, no están haciendo cosas correctas. Siempre el estigma persiste. *El estigma persiste así haya leyes y todo*”⁵⁶.

En síntesis, el estigma que experimentan los médicos que trabajan dentro de la institución privada proviene, principalmente, de fuentes externas; no obstante, reconocen que algunos prejuicios y señalamientos son reforzados o reafirmados por sus propios colegas. Además, aunque la mayor parte de la estigmatización procede de fuera, esta ha penetrado en los espacios internos, pues los médicos tratantes de abortos se ven cohibidos de frecuentar escenarios como congresos médicos y de hablar libremente sobre su trabajo.

En el caso específico de ‘40 Días por la Vida’ los médicos afirman que, el estigma que ejerce el grupo no se equipara a la presión que sentían cuando realizaban abortos antes de la despenalización de este. Sin embargo, esto es un riesgo en sí mismo porque no reconocer el estigma o naturalizarlo, puede significar que, incluso las víctimas forman parte de las relaciones de poder a través de las cuales se reproduce la estigmatización. Autores como Tyler y Slater (2018), sostienen que: “el estigma depende completamente del poder social, económico y político; se necesita poder para estigmatizar” (Link & Phelan, 2001, pág. 375). Así las cosas, las investigaciones que reconocen el

⁵⁶ Entrevista médico 28 de mayo del 2018

carácter social del estigma, pero no las relaciones de poder dentro de estas a menudo dejan de lado las preguntas sobre dónde se produce el estigma, quién lo produce y con qué fines.

Las anteriores son preguntas que no se pueden dejar de lado u olvidar de cara al grupo '40 Días por la Vida'. Las consecuencias, aunque no detienen radicalmente la práctica, afecta directamente las condiciones en las que se presta el servicio de IVE; además, fomenta las creencias negativas y las experiencias traumáticas que ponen en desventaja a dicho servicio. En este sentido, la estigmatización puede ser un proceso social que pasa desapercibido, pues es “un atributo que es profundamente desacreditador” (Goffman, 2006, pág. 13) incluso en un entorno de orgullo laboral y de talleres para afrontar el estigma. El proceso de estigmatización debe ser entendido de manera relacional: no es la eliminación de la practica sino la caracterización que establecen los grupos sociales como atributo específico del aborto y de quienes se relacionan con él.

Una mirada a la institución pública prestadora de servicios de IVE

En el sector público, la implementación de la IVE no ocurrió de igual forma que en el privado. Como se mencionó en la introducción y en el primer capítulo, la implementación de la IVE ha estado marcada por la agenda política de los dirigentes de turno (Maldonado, 2019); y esto ha sido más evidente dentro de las instituciones públicas. A continuación, voy a presentar el caso del cierre del SAM⁵⁷, desde la perspectiva de los médicos; así como, el impacto que este cierre tuvo en la creación de un nuevo servicio de IVE.

De acuerdo con los médicos que participaron en la investigación, “durante muchos años la sentencia estaba escrita en un papel, pero nada se aplicaba”⁵⁸. No fue hasta el 2012 con la llegada de Gustavo Petro a la alcaldía de Bogotá, que se intentó activamente implementar la sentencia C355 en el distrito. En diciembre de dicho año, la alcaldía implementó la estrategia piloto: Servicios Amigables en Salud Sexual y Reproductiva para las Mujeres (SAM) (Alcaldía de Bogotá, 2017).

“Estos espacios de servicios amigables, servirán para empoderar a las mujeres y garantizar sus derechos, además en estos espacios estamos aplicando la Sentencia C-355 para que las mujeres decidan sobre la interrupción voluntaria del embarazo en los tres casos que señala la Corte Constitucional, hacemos cumplir la ley” (Petro, 2015)

⁵⁷ En el 2012 existían dos SAM en Bogotá. A lo largo del texto me refiero a uno de ellos.

⁵⁸ Entrevista médico ginecobotetra 21 marzo 2018

El SAM funcionaba como una unidad de salud amigable; es decir, era un ambiente exclusivo que compartía la infraestructura con otros servicios de salud (Ministerio de la Protección Social, 2008). En este caso específico, el SAM estaba ubicado dentro de un hospital de segundo nivel⁵⁹, en el cual, había un ambiente especial para prestar servicios amigables en salud sexual y reproductiva. Así las cosas, el SAM contaba con algunos profesionales capacitados que realizaban sus funciones exclusivamente en el SAM y había otros profesionales que también cumplían funciones en el hospital (Ministerio de la Protección Social, 2008, pág. 92).

Cuando se abrió el SAM, este contaba con consulta externa, una sala de procedimientos y recuperación y espacio para realizar actividades de promoción y prevención (Alcaldía de Bogotá, 2017). De acuerdo con algunos médicos que trabajaron allí, el SAM estaba equipado con una estructura adecuada y agradable para prestar el servicio de IVE:

“Los servicios amigables [de] [localidad] eran un proyecto, [que] me pareció, muy bonito ¿sí? estaba estrictamente diseñado para la mujer ¿sí? Entonces me parecía muy organizado porque estaba la psicóloga, [que] veía primero [a las mujeres que buscaban el servicio de IVE]; [luego las mujeres eran atendidas por] la trabajadora social. Ya cuando estaban seguras, llegaban con nosotros [los médicos ginecobstetras]. Nosotros le explicamos el método, le explicamos cómo era todo el procedimiento; y se programaba para los procedimientos ¿sí? Me parecía que los procedimientos se hacían como tenían que hacerse, había acompañamiento del familiar, acompañamiento psicológico y pues se buscaba dejar método anticonceptivo”⁶⁰.

Algunos de los médicos que trabajaron en el SAM relatan que la relación con los funcionarios del hospital comenzó mal y se empeoró con el tiempo. Desde la apertura hubo problemas, pues la médica encargada de implementar el servicio de IVE en el SAM no conocía a profundidad los procedimientos. Debido a esto, remitía al servicio de urgencias del hospital los casos complejos⁶¹. Así pues, el servicio de urgencias de ginecobstetricia del hospital empezó a ser utilizado en gran

⁵⁹ “El Segundo Nivel lo caracteriza la atención intermedia dada por médicos generales y de las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía gineco-obstetricia, pediatría, psiquiatría, anestesiología, línea de Trauma y Fisiatría, así como la atención de partos de bajo y mediano riesgo, urgencias, consulta externa, odontología, cirugía ambulatoria y hospitalización, los cuales serán prestados por hospitales de este nivel y los CAMI 2” (Acuerdo 0020 de 1990 por el cual se organiza el Sistema Distrital de Salud de Bogotá, 1990).

⁶⁰ Entrevista médica ginecobstetra 11 de abril del 2018

⁶¹ Se considera que las IVE mayores a 15 semanas de gestación y las complicaciones del procedimiento no son de baja complejidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 11)

parte para practicar IVE. Los médicos que trabajaban allí fueron claros con que esta no era su función y no querían realizar el procedimiento.

“Allí [en el SAM] se empezó a hacer consulta de interrupción y planificación. Lo empezó a hacer una médica general que vino aquí a [institución privada] a capacitarse. Pero no empezó muy bien, pues obviamente ella estaba recién capacitada, temía mucho a los procedimientos, muchos casos nos los mandaba al hospital. Y empezó una pelea, una batalla conceptual en el hospital, porque empezaron a llegarnos, obviamente siendo un centro de referencia, pues empezaron a llegarnos muchos casos de interrupciones; y muchas pues no las podría definir la doctora en ese momento nos las mandaba al hospital; y el hospital empezó a tener una consulta en urgencias con un porcentaje importante de interrupciones; que hizo que mis compañeros llegaran al límite y dijeran no doctor, no queremos ver interrupciones, no quiero, no quiero hacer abortos, no quiero, no quiero, no quiero. Todos, todos se convirtieron en un tire afloje, pelea con las abogadas, pelea con las mujeres”⁶².

Si bien la normativa es clara respecto a que todas las entidades con capacidad de prestar el servicio de IVE deben hacerlo, en la práctica son muy pocas las instituciones que lo hacen. Las razones por las que esto pasa son muchas en el sector público: primero, no hay claridad y orden en lo que respecta a la labor de los profesionales en salud y los lugares establecidos para llevar a cabo las intervenciones de IVE. Esto, como vemos en las entrevistas, son quejas constantes: no ser remitido a donde es, desconocer los procedimientos y no contar con el personal dispuesto.

Segundo, no se hace cumplir de ley ni hay un seguimiento en los centros de salud en lo que respecta a la implementación de la IVE. Conforme a la última estimación conocida⁶³, en el 2008, únicamente el 11% de las entidades con capacidad de realizar IVE a nivel nacional prestaban el servicio (Prada, Singh, Remez, y Villarreal, 2011, pág. 16). Actualmente, no existen cifras oficiales que reflejen los cambios en el panorama. No obstante, el Ministerio de Salud y Protección Social, con la Resolución 5592 de 2015, decretó que la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se encuentra garantizada por el plan de beneficios al que tiene derecho cualquier persona perteneciente al régimen

⁶² Entrevista médico ginecobstetra 21 marzo 2018

⁶³Esta cifra está desactualizada pues han pasado más de diez años desde su publicación. Sin embargo, no fue posible encontrar cifras más recientes. Para ahondar en el tema, Maldonado (2019) presenta un análisis sobre las dificultades de mantener un registro confiable de las IVE en Colombia; así como el rol de los funcionarios conservadores dentro de las instituciones públicas y el gobierno, como el exprocurador Alejandro Ordoñez, en la generar desinformación y confusión sobre los límites de la legalidad del aborto en Colombia.

contributivo o subsidiado⁶⁴ de salud. Por lo tanto, todas las entidades prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, deben garantizar el servicio de IVE a las mujeres que lo soliciten; aun así, todo esto es solo en la teoría y el papel.

Finalmente, faltan centros de salud o entidades públicas dispuestas a prestar el servicio. Cabe decir que hay entidades equipadas o nombradas para llevar a cabo IVE; aun así, estar dispuesto requiere algo más. Hace falta establecer protocolos, regular normas internas e implementar, por ley, la IVE. Además, no encontrar médicos preparados para llevar a buen término el proceso es otra de las razones que demora la implementación de la práctica en los centros. Vivas, Valencia y González (2016) señalan que la falta de entidades y prestadores del servicio de IVE son un reflejo del proceso de estigmatización del aborto. De acuerdo con las autoras, “las causas y las consecuencias del estigma se dan en múltiples niveles de la interacción social y tienden a formar un círculo vicioso que se autoperpetúa” (Vivas, Valencia, y González, 2016, pág. 31). Es decir, el estigma hacia el aborto produce que haya pocas entidades dispuestas a prestar el servicio.

Ahora, otro actor importante es el personal de enfermería. Para realizar IVE en edades gestacionales avanzadas o la recuperación de esta es necesario hospitalizar a las mujeres; y tanto la hospitalización como el procedimiento requieren que el personal de enfermería⁶⁵ asista a los médicos y a las mujeres. Esto resultaba problemático, pues de acuerdo con los médicos, la mayoría de las enfermeras estaban totalmente en contra del aborto. Esto llevaba a que ellas debían asistir el procedimiento, aun cuando no estaban de acuerdo con este. En este contexto, algunas de las enfermeras del hospital maltrataban a las mujeres que eran hospitalizadas después de la IVE.

Los médicos que trabajaron en el SAM recuerdan los diferentes tipos de maltrato físico y psicológico a los que eran sometidas las mujeres; estos incluían: no alimentarlas, no cambiarles las sábanas rápidamente, no les permitían ir al baño y les mostraban los fetos para hacerlas sentir culpables y arrepentirse de su decisión. En palabras de dos médicos que trabajaron allí:

⁶⁴ “Todas las EPS e IPS (clínicas y hospitales), independientemente de si son públicas o privadas, laicas o confesionales deben prestar el servicio de IVE, si reciben recursos del Estado y tienen contratos relacionados con la salud de las mujeres gestantes. Por lo tanto, deben tener suficientes profesionales de la medicina y demás personal idóneo y dispuesto a atender las solicitudes de IVE” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 6)

⁶⁵ Los médicos que participaron en la investigación refirieron que todo el personal de enfermería era femenino. Es por ello, que utilizo pronombres femeninos.

“Hemos oído que no les dan comida, las dejan aguantando, no les ponen su pato para hacer sus necesidades primarias, les echan agua bendita o les tiran el feto en el pecho cuando salen y les dicen “mire eso era lo que usted quería, quería matarlo ahí está tómelo”⁶⁶.

“Por ejemplo, había una enfermera que uno hospitalizaba una paciente [y] para que estuviera más cómoda la dejaban en habitación sola. Y la enfermera llegaba y le decía que Dios la iba a castigar, que eso era un pecado, que eso era algo del diablo. Y le decía tantas cosas que se arrepentía, se sentían culpables, salían llorando ¿sí? Entonces eso me parecía gravísimo ¿sí? Nosotros les decíamos a las enfermeras que ni se atrevieran a hacerles comentarios a las señoras, que ni las juzgaran. O si no, expulsaban los bebés y se los mostraban, “mire lo que usted hizo, mire esto es suyo”. Eso era traumático”⁶⁷.

Los problemas antes descritos hacían difícil para los médicos continuar prestando el servicio de IVE. Sin embargo, la razón por la que se terminó cerrando el servicio fue que al problema interno se le unió una causa política. Las enfermeras realizaron videos de los fetos y los procedimientos. Estos videos junto a entrevistas anónimas fueron entregados al concejal por Bogotá Marco Fidel Ramírez. El concejal con esta información realizó una denuncia ante la procuraduría y los medios de comunicación, buscando que cerraran el SAM:

“Las auxiliares de enfermería y las enfermeras no estaban de acuerdo con ese proceso, entonces tomaron fotos de fetos, tomaron videos; diciendo que nacían vivos que los mataban allá. Entonces eso llegó a manos de un concejal, hicieron un video ¿sí? y pues se formó un problema político grandísimo de tal forma que llevaron a que se cerrara el proceso de interrupción voluntaria del embarazo y el CAMI.”⁶⁸

Como hice evidente en el capítulo anterior, los argumentos utilizados en la denuncia no tienen procedencia jurídica. Sin embargo, la denuncia fue efectiva pues el servicio de IVE fue cerrado de manera indefinida. Los médicos que trabajaron allí señalan que ellos decidieron no oponerse al cierre, pues la presión interna y política hacían difícil prestar un servicio digno y de calidad para las mujeres.

⁶⁶ Entrevista médico ginecobstetra 22 de marzo del 2018

⁶⁷ Entrevista médica ginecobstetra 11 de abril del 2018

⁶⁸ Entrevista médica ginecobstetra 11 de abril del 2018

“Entonces para seguir así también, eso nos hizo pensar, bueno hay que luchar mucho por esto porque dañan todo el buen trabajo que uno hizo; tratándolas bien, escuchándolas, certificándolas, para llegar y terminar con otra con otro resultado desagradable y maltrato”⁶⁹.

Con el cierre del SAM la demanda por el servicio de IVE no terminó. A la red de hospitales públicos continuaron llegando mujeres en busca del servicio. En el caso específico de un hospital del tercer nivel⁷⁰, las mujeres llegaban a consulta externa o por urgencias en busca del procedimiento. Sin embargo, como no existía un grupo o un espacio al cual los médicos que no estaban de acuerdo con el aborto pudieran remitir a las mujeres, empezaron a sugerirles que regresaran a la institución cuando los médicos que habían trabajado en el SAM estaban de turno en urgencias. Es así, que algunos de los problemas que ocurrían en el SAM volvieron, pues el servicio de urgencias de ginecología en este hospital estaba siendo utilizado en gran parte para realizar IVE.

“Entonces pasaba lo mismo que al principio en el hospital. Llegaban por urgencias, los compañeros se molestaban entonces les decían “no venga, la doctora viene el jueves a las siete de la noche”. Entonces me llegaban cinco señoras a las siete de la noche de turno, cuando yo no estaba para la interrupción, sino para el turno. Y hacían así con el doctor [...], con el doctor [...], y eso no era la idea ¿sí? Entonces de repente en un turno nosotros teníamos que adicionar seis interrupciones del embarazo, porque ya la fama era que ellos son los que hacen la interrupción. Entonces, cuando ellos vengan ¿sí?”⁷¹.

Con el fin de disminuir la congestión del servicio de urgencias y para brindarle atención especializada a las mujeres en busca del procedimiento, un grupo de médicos volvió a abrir el servicio de IVE. El servicio fue abierto con la aceptación de la gerencia del hospital. Sin embargo, la gerencia fue clara con que el servicio estaba condicionado a que no hubiesen escándalos mediáticos. Es decir, en caso de que se repitiera lo ocurrido en el SAM el servicio también sería cerrado.

“Hasta el momento [2018] no hemos tenido problemas externos. No hemos tenidos ni prensa, ni política, ni entes administrativos o gubernamentales que nos ataquen. Tenemos la aceptación de

⁶⁹ Entrevista médico ginecologista 11 de abril del 2018

⁷⁰ “El Tercer Nivel caracterizado por la atención de alta complejidad brindada por médicos y odontólogos generales, especialistas básicos y subespecialistas, será prestado por los Hospitales del Nivel III” (Acuerdo 0020 de 1990 por el cual se organiza el Sistema Distrital de Salud de Bogotá, 1990)

⁷¹ Entrevista médica ginecologista 11 de abril del 2018

prestar servicios por parte de la gerencia del hospital, pero condicionada a que si de pronto el Hospital se ve envuelto en un escándalo; pues obviamente, ellos no nos van a apoyar”⁷².

Para evitar los escándalos y la atención mediática, la estrategia que implementaron los médicos y el hospital fue el ocultamiento del servicio de IVE. “Como [el hospital público] nunca abrió un servicio como tal, y hasta el momento no lo ha hecho, casi que se ha manejado *tras bambalinas, ahí como escondido*”⁷³. Así mismo, para no llamar la atención y mantener el servicio de IVE oculto se planteó manejar el servicio de ginecobstetricia en el mismo espacio físico y temporal. Es decir, continuar con la mezcla de todos los servicios de ginecobstetricia e incluir la IVE entre estos.

Tal vez el término más frecuente con el que los médicos describen la sala de partos es *caótica*. Y si bien esta descripción la haría cualquier persona que se entre a una sala de partos, en el caso del hospital público la mezcla de servicios de ginecobstetricia hace esta descripción aún más fiel. Y cómo no serlo, en un mismo espacio físico se congregan madres lactantes, madres en trabajo de parto, familiares y mujeres que decidieron abortar.

“[El servicio de IVE] Es totalmente digamos integrada a todos estos servicios [de ginecobstetricia]. O sea, una mujer que esté en su proceso de interrupción puede ver cómo otra está haciendo su trabajo de parto, o cómo otra entra a una cesaría [y en] la recuperación pues se ubican a las pacientes en la zona en donde también están las lactantes ¿sí? las madres lactantes. Entonces pues digamos que un servicio aparte no existe. O sea, todo está integrado”⁷⁴

“Y creo que de cierto modo ellas también pueden sufrir cuando yo las coloco en la misma sala; tú aquí en una interrupción y tu aquí una mujer de embarazo a término nueve meses que está en proceso de parto y que nace el bebé llora, grita, amamanta al frente tuyo. Ush eso debe ser un *choque* difícil. Y también me he dado cuenta que la señora que está aquí [con el hijo] también para ella es difícil ver a la del frente lo está abortando, tiene siete meses y lo está abortando: “*uy cómo se le ocurre hacer eso*”. O sea que ese encuentro ush me parece *muy duro, muy caótico*”⁷⁵.

Es importante señalar, que de acuerdo con la Guía técnica y de políticas para sistemas de salud⁷⁶ esta mezcla de servicios no es recomendable. La OMS recomienda que, de ser posible, los centros

⁷² Entrevista médico ginecobstetra 21 marzo 2018

⁷³ Entrevista médico ginecobstetra 21 marzo 2018

⁷⁴ Entrevista médico ginecobstetra 30 de abril del 2018

⁷⁵ Entrevista médico ginecobstetra 21 marzo 2018

⁷⁶ Los documentos técnicos para la prestación del servicio de IVE en Colombia se basan en esta guía técnica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

de salud tengan un área separada del cuidado prenatal o de trabajo de parto para las mujeres que buscan o están en proceso de expulsión de un aborto. Específicamente, en relación con el uso de ecografías para realizar la IVE y el equipo para un aborto médico el documento establece:

“Si se utiliza una ecografía, los centros de salud deben contar, de ser posible, con áreas separadas donde realizar la exploración de las mujeres que se realizarán un aborto, lejos de las áreas donde se encuentran las mujeres que reciben atención prenatal/antenatal” (Organización Mundial de la Salud, 2012, pág. 34).

[El equipo para realizar un aborto médico requiere un]“área privada con sillas separadas del cuidado prenatal o de trabajo de parto, para que las mujeres esperen en la clínica la expulsión” (Organización Mundial de la Salud, 2012, pág. 70)

De igual manera, para evitar los conflictos con el grupo de enfermería, los médicos aceptan que ellas ocasionalmente objeten conciencia; así legalmente no cuenten con este derecho⁷⁷. Los médicos reconocen que, si una persona no está de acuerdo con el aborto, no debería estar obligada a asistirlo. Es por ello que, en la medida de las posibilidades, los médicos intentan buscar enfermeras o estudiantes dentro de la institución que estén de acuerdo con el procedimiento:

“En general se trata pues de que quienes no les interesa el tema no tengan que pasar por lo menos, por ciertos procedimientos, por ciertas cosas. Se les da la opción hasta donde tengo entendido. Pero, por ejemplo, los estudiantes que están en sala de partos que no están de acuerdo, que les incomoda la situación, que les molesta, que estén en otros servicios. Y me parece lo más justo, me parece totalmente valioso e importante. Yo no creo que a una enfermera que no está de acuerdo con el tema tengamos que obligarla que coja un niño de 30 semanas, que acabamos de inducirle la sistólica fetal y acabamos de sacarlo en un parto a que lo lleve y lo cargue y lo pese. ¿sí? eso es completamente agresivo, solamente si la persona está de acuerdo en hacer eso está bien que lo haga, porque eso sería también como agredir a esa persona”⁷⁸.

“Así mismo, creo que pues también mis compañeros y las enfermeras si profundamente creen que eso es malo yo lo respeto muchísimo, yo los entiendo. Yo siempre les digo, yo los entiendo. Y si yo

⁷⁷ “Sólo el personal médico cuya función implique la participación directa en la intervención conducente a interrumpir el embarazo puede manifestar objeción de conciencia; contrario sensu , ésta es una posibilidad inexistente para el personal administrativo, el personal médico que realice únicamente labores preparatorias y el personal médico que participe en la fase de recuperación de la paciente” (Corte Constitucional Colombiana, 2009)

⁷⁸ Entrevista médico ginecobstetra 9 abril 2018

no estuviera de acuerdo a mí también me daría *ush me taladraría el alma de ver un feto de cierto tamaño, muerto, dentro de las piernas de una mujer*⁷⁹

El problema es que en la mayoría de los casos no es posible encontrar suficientes enfermeras quienes estén de acuerdo con la IVE. Como señala uno de los médicos, “yo creo que en [el servicio] si tenemos de todo el grupo de enfermería, que trabaja en ginecología y obstetricia, por ahí tres que puedan estar levemente de acuerdo con el tema, es mucho”⁸⁰. Así las cosas, en la mayoría de los casos, las enfermeras en contra de la IVE deben asistir el procedimiento, la preparación o la recuperación de las mujeres que acceden al servicio.

Esta misma clase de comportamientos, también se extienden a otros médicos especialistas que deben asistir la IVE. Para interrupciones de segundo y tercer trimestre es necesaria la administración de anestesia. Si bien es el mismo procedimiento que requiere una mujer en trabajo de parto, algunos anesthesiólogos se rehúsan a asistir el procedimiento:

“La queja que mire que el anesthesiólogo no me quiso dar anestesia porque era una interrupción, porque eso era lo que pasaba. “Si es una interrupción yo no le doy anestesia” ¿sí? Y pues o sea es una urgencia vital e igual es un legrado, ya la interrupción se hizo (...) *Con los anesthesiólogos también, ha sido una lucha, pero ya hoy en día nos dan anestesia para eso ¿sí?* Pero ha sido una lucha que “es que le dio por pasarme tres interrupciones en la noche” o sea yo no las traigo de mi casa ¿sí? Entonces no se me ocurrió, o sea llegaron, era el trabajo que había, tenía que pasarlo. Entonces ellos nos pasaban cartas quejándose; nosotros pasábamos cartas quejándonos de ellos”⁸¹.

Los médicos que realizan IVE califican el comportamiento de los anesthesiólogos como un castigo hacia las mujeres que abortan. De alguna manera, el dolor es tratado como lo que se merecen las mujeres que deciden abortar. Siguiendo esta misma lógica, parecen operar los ginecobstetras que no hacen parte del grupo de IVE. De acuerdo con los médicos, estos dejan a las mujeres largos periodos de tiempo sin examinarlas y sin hacerles los tratamientos requeridos:

“Entonces ya después nuestros compañeros ginecólogos, también se quejaban. Y, por ejemplo, todavía pasa que, si hay una paciente con interrupción voluntaria del embarazo, y no está ninguno de nosotros cinco, ellos no las ven. Ni siquiera las examinan en todo el día o en 24 horas. ¿sí? Ese tipo de cosas nosotros las socializamos en las reuniones del servicio y *ya les quedó claro a todos*

⁷⁹ Entrevista 22 de marzo 2018

⁸⁰ Entrevista médico ginecobstetra 30 de marzo del 2018

⁸¹ Entrevista médico ginecobstetra 11 de abril del 2018

*que es una paciente más. Es decir, si expulsa tienen que hacerle legrado ¿sí? si tiene algún inconveniente, le tienen, tiene dolor, toca ponerle medicamento del dolor. Ellos ni siquiera la miraban, las dejaban aguantando dolor, las castigaban”*⁸².

Para sortear los comportamientos negativos de los médicos especialistas (ginecobstetras y anestesiólogos), el grupo de IVE ha optado por realizar capacitaciones sobre los derechos de las mujeres. Y en última instancia, pasar cartas al hospital cuando estos continúan negándose a practicar el procedimiento. Estas estrategias parecen haber funcionado, pues los médicos señalan que: *“ya les quedó claro a todos que es una paciente más”* y *“ha sido una lucha, pero ya hoy en día nos dan anestesia para eso”*.

Para conciliar las relaciones conflictivas con las enfermeras, el grupo de IVE ha seguido las mismas estrategias que con los médicos especialistas. La diferencia ha sido que tanto las capacitaciones y las quejas las han realizado de forma más personal. Es decir, los médicos del grupo de IVE han tenido charlas uno a uno con las enfermeras en contra del aborto. Así mismo, ellos les han pedido a las mujeres maltratadas que escriban quejas formales utilizando el nombre y el apellido de quién las maltrató.

*“Y les hacía a las pacientes pasar carta cualquier si las maltrataban, si les mostraban el bebé, si les hacían comentarios feos “mire lo que usted hizo”. Yo las sentaba y porfa escíbeme y yo me averiguo los nombres de las personas. Como para que se dieran cuenta el personal que estaban mal”*⁸³

*“Y en algunas he dado el margen de confianza como para que exterioricen muchas cosas y hasta yo también les he ayudado. Yo les digo, sí está bien que lo pienses así; no puedes hacer esto, esto y esto, pues porque ya va en contra de los derechos que ella tiene. Pero tú también tienes derecho a tu al ejercicio de tu libre conciencia. Y si para ti eso no es correcto, *pues claro que está bien sentirse mal, claro que está bien llorar. Pero no está bien llorarle encima a la mamá con el feto en las manos y rezar. No porque me la va a complicar más”**⁸⁴.

Los diferentes enfrentamientos y tensiones entre el personal que presta el servicio de IVE y las demás personas que se oponen abierta o sinuosamente al aborto perturban y conservan relaciones desiguales en un contexto de poder social, económico y político. Estas desigualdades se sostienen

⁸² Entrevista médico ginecobstetra 11 de abril del 2018

⁸³ Entrevista médico ginecobstetra 22 de marzo 2018

⁸⁴ Entrevista médico ginecobstetra 22 de marzo del 2018

debido a ideales de ‘moralidad’ y respaldo social. Con esto quiero decir que el estigma es un concepto complejo porque desafía el enfoque lineal de la lógica (kumar 2013), no se trata de causas, luego hechos y al final consecuencias; la estigmatización es toda una estructura que al ponerse en marcha se repite sin parar porque introduce en las relaciones sociales etiquetas, prejuicios y estereotipos. Esto, de acuerdo a kumar (2013) es porque el estigma no es un concepto binario y su intensidad puede variar en tanto es un proceso social dinámico.

En el caso del sector público los médicos que realizan abortos no solo son entendidos de manera diferente y subordinada, sino que sus posibilidades económicas, sociales y profesionales son afectadas de manera negativa y deliberada por participar en el procedimiento. Esto último se evidencia en, pérdidas de trabajo por cierres de entidades, sobrecarga laboral en sus turnos y marcas sociales despectivas a su labor.

Cabe aclarar que los médicos, aquellos orgullosos de su trabajo, se muestran optimistas. Algunos destacan que la forma de abordar las relaciones conflictivas con el personal de enfermería ha generado buenos resultados. De acuerdo con los médicos, las situaciones de violencia extrema que alguna vez se vivieron quedaron parcialmente en el pasado. Si bien los médicos esperan que la situación continúe mejorando, ellos saben que el rechazo hacia la IVE difícilmente va a desaparecer.

“Y esas cosas ya como tan extremas y tan, tan crueles y tan fuertes eeeh, han bajado, pero todavía quedan como ciertas cositas a veces pequeñas que uno de pronto eeeh, a veces no se notan pero que también son estigmatizadoras: no te cambio la sabana que está con sangre, no te recojo rápido el feto que está entre tus piernas, me llamas y me llamas y me hago la que no escucho. Hay algunos detallitos que aún están. Hemos mejorado esa parte, pero aún es difícil”⁸⁵

En síntesis, dos de las instituciones públicas que realizan IVE en Bogotá se han visto afectadas por las contradicciones en la implementación del servicio. Particularmente, con el cierre del SAM se estableció el antecedente que los servicios de IVE pueden ser cerrados en cualquier momento. Como resultado de ello, la institución pública que actualmente presta el servicio de IVE está condicionada a que no haya escándalos mediáticos; pues en caso de que estos ocurran, el servicio

⁸⁵ Entrevista médico ginecobstetra 22 de marzo 2018

de IVE se cierra. Esta situación ha generado situaciones negativas entre los médicos, las pacientes y los demás prestadores de servicios de salud.

Discusión: “No solo tenemos enemigos desde el punto de vista de salud, sino tenemos enemigos políticos”⁸⁶

Las formas como los profesionales de la salud experimentan el estigma es diferente, no solo entre instituciones privadas y públicas, sino caso a caso. Sin embargo, no debe confundirse con diferentes procesos de estigmatización. En el caso del aborto la estigmatización es una e histórica, el punto para tener en cuenta es que con el tiempo a ese proceso se le suman casos de discriminación, nuevos estereotipos, etiquetas y prejuicios. En los últimos años se ha evidenciado un creciente interés, por parte de las ciencias sociales y la psicología, por explorar el concepto de estigma. Algunos autores advierten⁸⁷, que gran parte de las investigaciones que describen procesos estigmatizantes, no definen claramente qué están entendiendo por estigma; y en este sentido, el concepto está en riesgo de ser tan grande y abarcador que pierde su claridad analítica. No obstante, este parece ser un fenómeno de mayor incidencia en la teoría, pues en la cotidianidad de la vida, los actores víctimas de la estigmatización identifican, en la mayoría de los casos, las acciones y palabras que contribuyen a este proceso.

Desde un inicio⁸⁸ este escrito definió y diferenció estigma, estigmatización, etiqueta, estereotipo, prejuicio y discriminación. Ahora, quiero aplicar cada uno al caso del aborto con ejemplos reales que ya han sido expuestos a través de citas y entrevistas. Estigma: “La despenalización total o parcial del aborto (...) [es una] instrumentación jurídica como arma de asesinato a seres humanos no nacidos” (Ramírez, 2015, pág. 11). Estigmatización: “Las IVE, en últimas, son otro negocio rentable legitimado y legalizado” (Ramírez, 2015, pág. 11). Etiqueta: ‘asesinos’, ‘inmorales’, ‘criminales’ ‘ilegal’ ‘codiciosos’ “mentira”. Estereotipos: “por esa vía, cualquier argumento, excusa o pretexto vale para asesinar a un ser humano” (Ramírez, 2015, pág. 3). Prejuicios: “Ese es el peligro de las sentencias progresistas, que constituyen la semilla y la pequeña fisura para el desborde, que con extraordinaria paciencia, construyen la cultura de la rebelión y de la muerte”

⁸⁶ Entrevista médico ginecobstetra 30 de marzo 2019

⁸⁷ Deacon, H. (2006). Towards a sustainable theory of health-related stigma: lessons from the HIV/AIDS literature. *Journal of community & applied social psychology*, 16(6), 418-425. Kumar, A. (2013). Everything is not abortion stigma. *Women's Health Issues*, 23(6), e329-e331. Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.

⁸⁸ En la introducción en las páginas 6 y 7

(Ramírez, 2015, pág. 6). Discriminación: las instituciones que prestan el servicio de IVE se enfrentan a una serie de regulaciones poco razonables que hacen que la oferta de servicios de aborto parezca una carrera de obstáculos (Joffe, 2009)

“En resumen, una diferencia se traduce en una distinción marcada y devaluada. A través de un proceso constituido culturalmente, la marca trabaja en beneficio o en desventaja de otros a través de interacciones sociales con individuos, grupos, organizaciones e instituciones. El estigma se confiere a través de etiquetas, que son términos oficialmente sancionados y codificados por agentes oficiales de control social (por ejemplo, "enfermo mental" por la profesión médica, "criminal" por el sistema judicial) o por otros de manera informal (por ejemplo, "gordo"). Estas etiquetas producen estereotipos (es decir, creencias y actitudes negativas asignadas a las entidades sociales así etiquetadas), con niveles variables de consecuencias sociales negativas del prejuicio (respaldo de estereotipos) y discriminación (trato diferencial y desfavorecido de los estigmatizados). En otras palabras, el estigma representa la intersección de la diferenciación cultural, la formación de la identidad a través de la interacción social y la desigualdad social” (Pescosolido & Martin, 2015, pág. 93).

Siguiendo lo anterior, el discurso ‘La despenalización total o parcial del aborto (...) [es una] instrumentación jurídica como arma de asesinato a seres humanos no nacidos’ (Ramírez, 2015, pág. 11) es un estigma porque sitúa a el aborto en una posición social degradada y opresiva. Con esto se dice que las normas que reconocen y protegen la dignidad de la mujer son atributos de vergüenza, derechos que no deben respetarse. Luego, ver que en la práctica “Las IVE, en últimas, son otro negocio rentable legitimado y legalizado” (Ramírez, 2015, pág. 11) es estigmatización, ya que condiciona las relaciones sociales para que se sigan reproduciendo etiquetas y estereotipos de género. Ahora, ‘asesinos’, ‘inmorales’, ‘criminales’, entre muchos otros, son términos despectivos para describir o reducir a una persona y sancionarla por ser parte de la despenalización del aborto.

Así mismo, suponer que “ese es el peligro de las sentencias progresistas, que constituyen la semilla y la pequeña fisura para el desborde, que con extraordinaria paciencia, construyen la cultura de la rebelión y de la muerte” (Ramírez, 2015, pág. 6), resulta estereotípante porque reproduce el discurso, las creencias y las actitudes negativas asignadas indiscriminadamente a las personas relacionadas con el aborto. Por último, utilizar estereotipos y estigmas para imponer, o en este caso específico, solicitar mayor control al servicio de aborto genera barreras en el acceso y la prestación del servicio de IVE así como naturaliza dichos atributos negativos.

Ahora bien, la diferencia entre cómo batallan con la estigmatización desde el sector público y privado se centra en primero, en que las instituciones privadas tienen más experiencia en el aborto que las públicas. Razón por la cual, han estado más tiempo expuestos al proceso de estigmatización y por ello han encontrado salidas e implementado soluciones. Algunas de ellas: reconocer las cargas internas y externas del trabajo, conformar un grupo unido de trabajo o enfrentar legalmente el estigma de la mano con autoridades de control. Segundo, las instituciones públicas a diferencia de las privadas no tienen los recursos ni los medios para hacer frente al ‘escandalo’. Cabe aclarar que las instituciones públicas no necesariamente están en contra del aborto; sin embargo, son muy reacias a la controversia, saben lo que ocurre cuando las instituciones lidian con este problema (Joffe, 2009, pág. 21). Como consecuencia los prestadores del servicio se ven obligados a trabajar en espacios que refuerzan las ideas de que el aborto debe ser clandestino, porque es una práctica cruel e inmoral. Además, las mujeres son expuestas a situaciones extremas y confrontaciones morales.

Finalmente, la diferencia entre el sector público y privado es una cuestión de derecho: las instituciones privadas pueden restringir su personal a servidores que están de acuerdo con la práctica de IVE. Claramente, esto abona, por un lado, un terreno en tensión y, por otro lado, un terreno en unión. De ahí, que el 90% de las IVE las realicen instituciones privadas (Secretaría de Salud, informe 2015), sin que esto solucione la sobre carga laboral en el sector público. En este contexto, algunas aproximaciones sociológicas contemporáneas ⁸⁹ sugieren adoptar una perspectiva en la que se reconozcan las dimensiones estructurales en las que se inserta el estigma. Específicamente, incluir en los análisis el rol del estigma en la producción y reproducción de relaciones de poder y control (Parker & Aggleton, 2003, pág. 16). Pues en última instancia:

“El estigma está vinculado al funcionamiento de la desigualdad social y para comprender adecuadamente los problemas de estigmatización y discriminación (...) debemos pensar de manera más amplia sobre cómo algunos individuos y grupos llegan a ser socialmente excluidos, y sobre las fuerzas que crean y refuerzan la exclusión en diferentes contextos” (Parker & Aggleton, 2003, pág. 16)

En este sentido, se considera que el significado y las consecuencias de la estigmatización de la IVE corresponden con formas específicas con las que los grupos sociales procesan las relaciones de

⁸⁹ (Parker & Aggleton, 2003) (Link & Phelan, 2001) (Link & Phelan, Stigma power, 2014)

poder. Es decir que las relaciones de poder caracterizan las relaciones de género, por ejemplo, estereotipos y etiquetas, a través del control del cuerpo y la educación sexual y reproductiva. Son dichas relaciones de poder las que reproducen el proceso de estigmatización y discriminación del aborto. Un ejemplo de ello, expuesto anteriormente, los pronunciamientos religiosos (40 Días por la vida) y los debates públicos y parlamentarios (las campañas políticas del exconcejal y exprocurador). Es por las relaciones intrínsecas de poder que el proceso de estigmatización se mantiene en marcha así la vigilia se acabe o el despliegue del exconcejal y exprocurador contra el aborto cese o mengue, porque la estructura: las relaciones mediante las cuales se refuerzan los estigmas son constantes y trabajan en paralelo.

Así mismo, conservo la localización multinivel del estigma, también conocida como modelo ecológico, propuesta por Kumar Hessini, & Mitchell (2009) para analizar los procesos de estigmatización que ocurren en los casos de estudio. Kumar et al (2009), plantean que “el estigma hacia el aborto puede ser articulado en distintos espacios y mecanismos” (Pág. 6). Particularmente, definen cinco niveles en los que el estigma se manifiesta: uno: enmarcado en discursos y la cultura de masas; dos: gubernamentales / estructurales; tres: organizacionales / institucionales; cuatro: comunitarios y cinco: individuales.

El primer nivel, enmarcando el discurso y cultura de masas, hace referencia a las estrategias y elementos discursivos que “moldean la opinión pública y vinculan a las mujeres [y prestadores del servicio de aborto] con un conjunto de características indeseables que forman un estereotipo” (Kumar, Hessini, & Mitchell, 2009, pág. 6). Un ejemplo de ello es el uso de términos como “abortistas” y “asesinos de bebés” para referirse a los médicos que prestan el servicio de IVE. Estas son categorías excluyen la IVE como un procedimiento de salud legítimo al equiparlo con un “crimen aborrecible” (Kumar, Hessini, & Mitchell, 2009, pág. 7).

El segundo nivel, gubernamental/ estructural, enmarca los sistemas económicos, educativos, legales, de salud y de bienestar. Como se mencionó anteriormente, el estigma requiere la existencia de desbalances de poder y, por consiguiente, de inequidades sociales. En este sentido, “la política y la ley son reflejos de ideologías y, por lo tanto, las normas que alimentan el estigma del aborto están consagradas en las estructuras centrales de muchas sociedades” (Kumar, Hessini, & Mitchell, 2009, pág. 7). Esto es ejemplificado en la relación legal ambigua que tiene Colombia con el aborto. Si bien hay un marco legal que en principio garantiza el acceso y la prestación del servicio, el

aborto sigue contemplado dentro del Código Penal Colombiano⁹⁰. En este sentido, garantizar el acceso a la IVE es una acción contradictoria que marca, diferencia y separa a los servicios de IVE y sus prestadores de los otros servicios de salud.

El tercer nivel, organizacional / institucional, hace referencia a las políticas, arquitectura y normas que implementan las instituciones y que crean o perpetúan el estigma (Kumar, Hessini, & Mitchell, 2009, pág. 8). De acuerdo con Kumar et al (2009), este nivel se hace evidente en las limitaciones al acceso a otros servicios de salud que ocurren cuando el servicio de aborto es separado de otros servicios de salud. “Cuando el aborto está segregado, es menos probable que las mujeres reciban anticoncepción postaborto, asesoramiento sobre el VIH, tratamiento de ITS, detección del cáncer de cuello uterino u otros servicios que puedan necesitar”. Así mismo, este nivel se encuentra en la falta de entrenamiento médico por parte de las escuelas de medicina para la prestación del servicio. Y en las limitaciones que ponen las aseguradoras de salud para cubrir el procedimiento⁹¹.

El cuarto nivel, comunitario, se refiere a que el estigma se articula con mayor frecuencia entre la comunidad y el grupo social. Algunas aproximaciones plantean que el estigma es un problema moral debido a que las condiciones estigmatizadas amenazan lo que realmente importa. De acuerdo con Kumar et al (2009), lo que realmente importa para las personas es su honor dentro de esas relaciones sociales. En este sentido, para las personas involucradas en el servicio de IVE, cuando se encuentran en un contexto donde este no es aceptado, mantener el aborto en secreto es casi que necesario.

“El estigma y el silencio crean un círculo vicioso que hace que una experiencia muy prevalente sea percibida en la imaginación del público como rara. En el caso de los proveedores de servicios de aborto, proponemos que existe una “paradoja de la legitimidad”. El estigma impide que muchos proveedores bien educados, altamente capacitados y competentes hablen sobre su trabajo. Por lo tanto, la imagen del proveedor de abortos (promulgada por quienes se oponen al aborto) como corrupta, peligrosa e insensible persiste. Los proveedores no se identifican con esta imagen, por lo que no pueden hablar de su trabajo. Por lo tanto, el estigma y el silencio vuelven a crear un círculo vicioso en el que los proveedores de servicios de aborto existen en la imaginación pública como

⁹⁰ “La mujer que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses. A la misma sanción estará sujeto quien, con el consentimiento de la mujer, realice la conducta prevista en el inciso anterior” (Código de Procedimiento Penal, 2000, art. 122).

⁹¹ En la introducción se presentan múltiples ejemplos en la sección Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos

carniceros incompetentes e inmorales que no pueden tener éxito en esferas respetadas de la medicina” (Harris, Debbink, Martin, & Hassinger, 2011, pág. 1068)

Como se mencionó en el apartado anterior, a esto se le conoce como el círculo vicioso del estigma o la paradoja de la legitimidad. Así las cosas, la estigmatización hacia el aborto es un proceso social dinámico que se articula en distintas relaciones sociales, en las cuales, se devalúa y subordina a un persona o grupo a través del uso de etiquetas y estereotipos por tener una relación con el aborto.

El quinto nivel, factores individuales, se refiere a la aceptación interna de los estereotipos y prejuicios que se asocian al aborto (Pescosolido & Martin, 2015, pág. 92). Las formas como las mujeres y los prestadores del servicio de aborto interpretan, racionalizan y dan sentido a su experiencia con el aborto son diversas (Kumar, Hessini, & Mitchell, 2009, pág. 8). Sin embargo, la vergüenza ha sido posicionada como una respuesta fisiológica y orgánica necesariamente atada al procedimiento médico por parte de los grupos en contra del aborto; y no como una consecuencia del desprecio social y la marginación de las mujeres (Kumar, Hessini, & Mitchell, 2009, pág. 9).

En los casos que vimos anteriormente, entrevistas con médicos prestadores del servicio o el cierre del CAM, el estigma está atado a su rol en la terminación del embarazo, pues va en contra de las expectativas sociales y profesionales que recaen sobre ellos. En conclusión, el aborto es leído e interpretado públicamente como acto político que influye las relaciones de poder y en las diferentes dinámicas socioculturales. Por ello, el acto íntimo del aborto de una mujer es un tema público, político y generador de múltiples procesos de estigmatización.

Capítulo III

“Este trabajo a uno siempre lo carga”: género, edad gestacional y amor al arte

A continuación, voy a analizar cómo la estigmatización sobre los servicios de aborto es contextual; es decir, varía según las características de la usuaria y el prestador del servicio, y no solo, como ya se vio, del tipo de institución. Con lo anterior en mente, haré unas aclaraciones conceptuales necesarias. Primero, la inequidad social es un fenómeno inherente a las relaciones de poder. La inequidad es el trato desfavorable en relación con otras personas o grupos en una situación social, económica y cultural en particular. Segundo, hay que tener claro que las relaciones de género son aquellas que atraviesan el trato con diversidades sexuales como hombre y mujer sujetas a cambios. Tercero, las relaciones subordinadas son reguladas por normas sociales como se advirtió anteriormente en las relaciones de poder con autores como Tyler y Slater o Link y Phelan.

Lo anterior es imprescindible porque aquí exploro las relaciones de género que se producen dentro del servicio de IVE. Además, presento el caso de los médicos que realizan abortos en edades gestacionales avanzadas y analizo cómo el estigma hacia la IVE articula otras condiciones que socialmente se consideran como subordinadas. Finalmente, busco mostrar el silencio generalizado sobre la carga emocional que genera la IVE de segundo y tercer trimestre para los médicos.

Como se mostró en el capítulo anterior, hay relaciones de poder instauradas en el proceso de estigmatización; al respecto, es importante analizar cómo dichas relaciones no operan de la misma manera en todos los escenarios socioculturales. Parker y Aggleton (2003) sostienen que los efectos del estigma médico y social tienen una caracterización diferenciadora en las poblaciones vulnerables. Según los autores, el estigma reproduce y fortalece las diferencias sociales. Así pues, el estigma sobre el aborto es un elemento más en la compleja reproducción de inequidades existentes relacionadas con cuestiones de clase, raza, género, religión y sexualidad (Parker & Aggleton, 2003, pág. 13). En relación con el aborto, dichas inequidades han sido rastreadas en función del grado de estigmatización que sufren las mujeres antes y después de acceder al procedimiento.

A grandes rasgos, las mujeres que se ven más afectadas por el estigma han sido caracterizadas como: adolescentes (Coast & Murray, 2016) en condición de (Cockrill, Upadhyay, Turan, & Greene, 2013) que buscan servicios de aborto o cuidados postaborto en áreas rurales (Zamberlin,

2015). A ellas se suman mujeres cuyas creencias religiosas condenan la práctica; especialmente, mujeres católicas y protestantes (Cockrill, Upadhyay , Turan, & Greene, 2013). Si bien estos estudios fueron llevados a cabo en diferentes partes del mundo, en Colombia el panorama parece ser similar como lo muestra Zamudio (1994). En Colombia, aproximadamente, el 54% de los embarazos no son intencionados y se estima que al menos la mitad terminan en aborto; de dicha mitad, el 44.5% son adolescentes, de las cuales la tercera parte son presionadas por un compañero⁹².

Las inequidades antes señaladas, en la mayoría de los casos, también se consideran que son estigmatizadas. Por ejemplo, “el embarazo en adolescentes es comúnmente asociado con asistencia social, promiscuidad e irresponsabilidad. Como resultado, las madres jóvenes reportan experiencias de estigma y discriminación” (Ellis-Sloan, 2014, pág. 16). Así las cosas, se etiqueta como ‘promiscua’ o ‘irresponsable’ a una mujer adolescente por su condición de embarazo. Los casos de adolescentes, adicionalmente, son los más estigmatizados, ya que las que deciden abortar experimentan, en primer nivel, el estigma de ser madres jóvenes y, en segundo nivel, el estigma por acceder a un aborto.

Género: “Son hormonales, son histéricas, son bravas, son groseras; los ginecólogos hombres no”

La relación de los médicos hombres con el estigma hacia la IVE puede resultar confusa de entender. Para los médicos no es extraño afirmar que ellos no se han sentido estigmatizados por realizar IVE; aun cuando describen y reconocen situaciones estigmatizantes. Una forma de entender esta relación es distinguiendo los niveles de expresión del estigma y las formas particulares como este se manifiesta.

De acuerdo con Zamerlin (2015), hay tres niveles de expresión del estigma: percibido, experimentado e internalizado. El estigma percibido es “cuando el individuo es consciente de las valoraciones negativas de los otros hacia él/ella” (pág. 174). El estigma experimentado es cuando la persona tiene que sufrir directamente la reacción negativa de su entorno en forma de prejuicio y discriminación (pág.174). Por último, el estigma internalizado es “cuando una persona acepta e incorpora subjetivamente la valoración cultural negativa de los rasgos que lo distinguen” (pág.174).

⁹² Darroch Forrest Jacqueline. American Journal Obstet Gynec, May 1994. Zamudio, Lucero. La incidencia del aborto inducido en Colombia. 1994. Centro de Investigaciones de Dinámica Social de la Universidad Externado de Colombia.

Como ya se había dicho antes, el estigma es más poderoso cuando no es identificado, percibido, asimilado o menospreciado. Cualquiera de estas actitudes frente al estigma es una muestra de que el proceso de estigmatización es reproducido incluso por sus víctimas.

En el caso de los médicos hombres, los niveles de expresión del estigma que usualmente experimentan están más cercanos al estigma percibido y al internalizado. Es decir, la relación con el estigma para ellos proviene de lo que las demás personas que trabajan dentro del hospital dicen a sus espaldas. Es por ello, que algunos interpretan esta situación como no haber sido estigmatizados; aun cuando el ser marcado es en sí misma una forma de estigmatización:

“En general pues que yo haya tenido inconvenientes, que yo haya tenido altercados o cosas complicadas, no. En general no. Y básicamente ha sido porque por ejemplo aquí [Institución pública], pues la directriz es clara. Y es un procedimiento que pues nada, es un procedimiento legal que estamos haciéndolo bien. Siempre y cuando sigamos los protocolos y hagamos lo que tengamos que hacer no hay ningún problema. Y bajo esa protección de las personas que organizan el sistema uno puede uno; de pronto *no siente la estigmatización*”⁹³.

“Eso ha hecho que por lo menos las enfermeras conmigo o por lo menos de frente nunca ni me ataquen, ni me digan, ni nada (...) En las que han ganado confianza muchas me han hablado, me han exteriorizado sus sentimientos, he tratado de aportar y creo que de cierta manera les he ayudado. Y las que no tienen la confianza conmigo, por lo menos de frente [risa] no me atacan, no me dicen nada, no sé. Y creo que sí dirán muchas cosas a mi espalda, pero pues realmente dificultades, choques, ataques, enfrentamientos, no. Realmente no, yo nunca he tenido. Pero pienso que mucho tiene que ver con mi forma de ser”⁹⁴

“Éramos muy criticados, éramos señalados, *hablaban a nuestras espaldas es más a mí nadie me ha dicho nada en la cara* [risa] ¿sí? yo es más tengo mis argumentos cuando lo hagan si alguno me lo llega a decir. Pero esto es un tema de doble moral ¿sí? y nadie es capaz de decirle a uno en la cara. Todo lo hablan es a espaldas, ellos creen que uno no se entera, pero uno sí se entera. La gente, hay gente que va y nos cuenta ¿sí? [risa]”⁹⁵

Aunque no es común que a los médicos hombres en su vida cotidiana los confronten, ellos tienen una especie de *discurso* listo en caso de que esto ocurra. En la mayoría de los casos, dicho discurso se relaciona con que la decisión de la IVE es de las mujeres. Los médicos hombres argumentan

⁹³ Entrevista médico ginecobstetra 9 abril del 2018

⁹⁴ Entrevista médico ginecobstetra 22 de marzo del 2018

⁹⁵ Entrevista médico ginecobstetra 30 de marzo del 2018

que, si los prestadores (i.e. médicos, anesestesiólogos, personal de enfermería, etc.) deciden negarse a practicar el procedimiento, ellos son los que están decidiendo por la mujer. Las únicas ocasiones en las que los médicos refieren que han sido confrontados han sido durante las capacitaciones que realizan para la implementación de la IVE y en los congresos médicos con colegas de otras ramas de la medicina.

“En todos esos lugares encontraba gente que estaba de acuerdo otros que no. Incluso llegaba gente con niños. Recuerdo que en Villavicencio una de las personas que enviaron a capacitación en auxiliar de enfermería dio un testimonio “yo tengo un hijo de 5 años y fue producto de una violación y ya estoy feliz con mi hijo” ¿sí? La referente de salud del meta fue la que organizó todo y no está de acuerdo con el aborto entonces [risa] pues las personas que organizaba era un poco difícil. Porque nosotros estábamos convencidos; porque para uno trabajar aquí tiene que estar convencido de lo que hace”⁹⁶.

El punto de inflexión en este tipo de confrontaciones con colegas es, por un lado, la libertad del paciente y, por otro, los riesgos médicos que asume el profesional en salud. Lo primero tiene que ver con la delgada línea entre las sugerencias médicas o el seguimiento del profesional y los deseos y consecuencias que tiene que asumir la paciente. Lo segundo está relacionado con el riesgo que supone el aborto; sin embargo, no hay que olvidar que el embarazo también es un riesgo.

“Además, algunas veces en conferencias fuertes en donde hemos tenido que confrontar cosas. Muchas veces yo les digo a los médicos que dicen que *“nos inventamos el peligro, que eso es una interpretación de nosotros y que todo es inventado, todo es sobredimensionado”*; yo también les digo bueno, ¿usted me podría hacer un certificado que me diga, que me garantiza que a Laura Becerra estando embarazada no le va a pasar absolutamente nada, no se va a enfermar, no se va a morir, su bebe no se va a morir y que va a terminar con una mamá viva y sana y un bebe vivo y sano? ¿me puede garantizar eso? Sí, eso se puede dar en la mayoría de los casos; pero ¿me puede garantizar con Laura Becerra? No, eso es imposible de garantizar; pues porque el embarazo si tiene sus riesgos”⁹⁷

“Y como yo les digo a los colegas y al personal de salud cuando voy y les doy capacitación, les digo no entiendo por qué ustedes se echan el costal de decidir por un paciente. Si es la mujer la que

⁹⁶ Entrevista médico ginecobstetra 27 de abril del 2018

⁹⁷ Entrevista médico ginecobstetra 22 de marzo del 2018

está decidiendo. Usted simplemente cumpla con su deber. Hágalo bien, es lo único que yo les digo”⁹⁸

A pesar de lo anterior, ese discurso no parece ser suficiente en el caso de las médicas mujeres, pues estas se encuentran obligadas a apelar a favor de los derechos y deberes en los casos de IVE constantemente. En el caso de ellas, la confrontación no solo se limita a congresos y casos hipotéticos; sus profesores, colegas, enfermeras y pacientes las cuestionan y retan directamente por decidir realizar IVE; así como también dudan de sus capacidades profesionales por ser mujeres.

El entorno médico está marcado por jerarquías claras. Dentro de la academia estas jerarquías se crean y reproducen a través del trato vertical entre profesores y estudiantes. Este trato, entre otras cosas, reproduce la idea que los hombres son superiores a las mujeres. Esto se hace evidente en que algunos profesores tratan diferente a los estudiantes dependiendo del género. En la mayoría de los casos, las mujeres son entendidas como compañía, no como colegas.

“Sí. siempre porque, por ejemplo, en alguna ocasión yo estaba rotando por ortopedia; y un profe, era un viernes, y los ortopedistas los viernes se organizaban en la sala de juntas; y ponían música etc. Entonces los que estábamos de turno, yo estaba de turno con unas compañeras mujeres y un compañero hombre. Y a él lo mandaron a trabajar en urgencias y dejaron a las mujeres en la reunión con ellos. Entonces yo le dije [al profesor] *“pero doctor yo me quiero ir a trabajar con el compañero”* y el profesor me dijo *“no su obligación es acompañarnos acá”*. Entonces eso me pareció terrible y mi compañero y así así con los otros grupos. Porque ellos pensaban que las mujeres estaban para acompañarlos, para tomarse un trago ¿sí? eso y yo pienso que todavía pasa lo mismo”⁹⁹.

Para las médicas esta diferencia en el trato hacia hombres y mujeres se puede enmascarar como una relación paternal. Es decir, dentro de las jerarquías de la medicina, los del rango superior cuidan a los del rango inferior. En algunos casos, ese cuidado paternal se traduce en control sobre las decisiones de vida y profesionales que toman las médicas. En el caso particular de la IVE, este “cuidado” supone llamadas de los docentes y colegas cuestionando el juicio de las doctoras por practicar IVE.

⁹⁸ Entrevista médico ginecobstetra 30 de marzo del 2018

⁹⁹ Entrevista médica ginecobstetra 11 de abril del 2018

“Siempre ha sido una relación paternal; pero en donde yo estudié medicina, yo estudié medicina en la [Hospital universitario privado], ¿sí? en el Hospital, allá este, cómo se llama esto, las ... siempre hay, se sigue un rango ¿sí? Entonces siempre te inculcan como el *respeto* al que te lleva un año, al que te lleva dos años ¿sí? entonces siempre ellos te cuidan, pero, pero es algo muy estricto ¿sí? y entonces uno siempre toda la vida ha tenido *respeto* por el que te lleva seis meses ¿sí? [...] entonces fue un golpe duro primero porque por ejemplo yo salí de [Hospital universitario privado].

Y cuando ya estaba trabajando con interrupciones habían historias clínicas más que decían “paciente que requiere interrupción voluntaria del embarazo”. Y llegaban a [Hospital universitario privado]. Entonces mis compañeros de especialidad y que estaban trabajando allá y mis profes, me llamaban y me decían que *qué estoy haciendo, que cómo se me ocurría, que, si yo estaba asesorada de un abogado, que qué era lo que me pasaba que a mí no me habían enseñado eso. ¿sí?* Entonces amigos míos que yo dejé hablarme, con muchos amigos con los que me gradué por eso. Porque me vieron diferente por lo que hacía, “*para eso no te formamos*”¹⁰⁰

Es así como, a las médicas mujeres, no solo se les confronta por el procedimiento del aborto, sino por su posición de mujer en un espacio jerárquico de género. Lo que se pone en cuestión no es la práctica de abortos, es la capacidad de decidir, de responder e incluso la personalidad de las médicas. En las experiencias con el estigma que ellas describen se apela a lo emotivo más que a lo funcional:

Yo a mi amiga le decía mira: “*yo creo que estoy muy bien asesorada, los que la niegan son los que deberían estar asesorados explicando el por qué niegan la interrupción*” ¿sí? Pero bueno me decían impertinente, “*tu como siempre tan impertinente*” ¿sí? entonces eso me alejó un poquito del hospital que era mi casa ¿sí? porque obviamente ellos no están de acuerdo. Y yo me los he podido encontrar en congresos y todavía me dicen “*¿y qué todavía sigues matando niños?*” ¿sí? entonces eso es muy triste porque igual uno no le tiene que dar importancia a eso ¿sí? pero de todas formas no es lo que estamos haciendo ¿sí? entonces por ejemplo en [Hospital Universitario privado] que es mi casa donde me formé sí hablo con muy poquita gente por esa razón ¿sí?¹⁰¹

Dentro de su entorno laboral, las médicas ginecobstetras que realizan IVE conviven con los prejuicios y discriminación que hay por su trabajo y por ser mujeres. Por una parte, entre las pacientes existe la concepción de que los médicos hombres saben más y son más delicados a la

¹⁰⁰ Entrevista médica ginecobstetra 11 de abril del 2018

¹⁰¹ Entrevista médica ginecobstetra 11 de abril del 2018

hora de realizar los exámenes. De acuerdo con las médicas hay algo de cierto en que el trato entre mujeres es más “duro”:

“Lo sentía con los pacientes. Hay pacientes que tienen la concepción que el hombre sabe más que la mujer. Entonces yo prefiero que me vea el doctor ¿sí? y que muchas dicen que los doctores son más suaves que las doctoras. Entonces, por ejemplo, los tactos vaginales y todo eso ellas decían que preferían que un hombre se las hiciera porque un hombre era más cuidadoso y que una mujer era más guache ¿sí? eeee me eso eso lo han dicho muchas veces antes de que uno las vaya a revisar “no, ¿pero no hay un doctor? Y yo “¿por qué?” por eso y porque hay muchas mujeres que pierden la sensibilidad y entonces las tratan de una forma más dura”¹⁰².

Las médicas señalan que el trato “duro” entre mujeres no se limita al trato entre médica-paciente, sino que se extiende a las relaciones entre colegas y profesores. Las relaciones entre colegas son descritas como agresivas, pues existe el prejuicio que las mujeres están ahí u obtuvieron una mejor nota por coquetear con los profesores. Las médicas señalan que, a diferencia de los hombres, ellas no son tratadas con respeto y cariño, sino que deben luchar, al menos por el primero.

“Sí claro o sea con el trato a la mujer siempre ha sido diferente porque no sé si es que por ser mujeres uno tiende a darle más duro a la otra ¿sí? no sé si es para que no sobresalgan, o por envidia, o porque sí porque así es la vida. Siempre es más agresivo. Uno puede ver que a los hombres los tratan con cariño y con *respeto* y que a las mujeres no, y cuando les cae mal una doctora, todo el mundo contra ella. Cosa que no se ve con un hombre. (...) Por lo menos del hospital donde yo estudié también ginecología el trato de los superiores a los otros médicos es muy malo. Es hay mucha agresividad. Y cuando es una mujer, entonces es el más fuerte, porque por ejemplo piensan que a ella le pusieron una nota mujer porque le hizo ojos al profesor, porque le sonrió ¿sí? entonces por eso es como se ve más agresivo el trato a la mujer. (...)”¹⁰³.

Por parte de los demás médicos especialistas, existe el estereotipo de que las ginecólogas o ginecobstetras a diferencia de los hombres: “son hormonales, son histéricas, son bravas, son groseras; los ginecólogos hombres no. ¿sí? y hay algo de cierto [risa] hay ginecólogas que son emmm que son muy groseras”¹⁰⁴. Sin embargo, tanto para los hombres y mujeres especializados

¹⁰² Entrevista médica ginecobstetra 11 de abril del 2018

¹⁰³ Entrevista médica ginecobstetra 11 de abril del 2018

¹⁰⁴ Entrevista médica ginecobstetra 11 de abril del 2018

en ginecología parece existir el prejuicio que son *brutos*, pues no hacen parte de la *categoría superior*.

Una vez más, las etiquetas y los prejuicios envueltos en la estigmatización del aborto aparecen para mostrarnos que hay relaciones de género y subordinación. Los estereotipos de género relacionan a la mujer con la maternidad de forma indiscriminada y por ello, las acusaciones, los estigmas y los juicios que pesan sobre las médicas mujeres son reiterativos y más contundentes. En los casos de estas profesionales, la sociedad espera que, el cuidado y crianza de los hijos sea prioritario frente a otras actividades incluido el trabajo. Una mujer que asiste y apoya el aborto desde una posición profesional trasgrede el deber ser sociocultural y pone en duda las relaciones de poder que se reproducen en el proceso de estigmatización.

“La categoría superior”

La ginecología es una de las especialidades subordinadas dentro de la jerarquía médica. De acuerdo con los médicos las razones para ello son: es mal remunerada; requiere realizar múltiples actividades, es altamente demandada y controlada; y tal vez la razón más importante por la cual existe el prejuicio que los ginecólogos son “brutos”, es una de las especializaciones que más estudiantes acepta: “En el sentido que ingresar a ginecología por la cantidad de personas que reciben es mucho más fácil que ingresar a otras especialidades que sí creemos que son *la categoría superior* [risa]”¹⁰⁵.

Las especialidades que son consideradas parte de *la categoría superior* son: “radiología, cirugía plástica, anestesia, neurocirugía que pues son cupos muy exclusivos y muy poquitos para poder entrar. Entonces pues que son especialidades más perseguidas y obviamente muy difícil de ingresar a ellas”¹⁰⁶. Dentro de las especialidades consideradas *la categoría superior* es importante señalar la falta de representación de mujeres en estas.

En Colombia, se estima que existe un número similar entre la cantidad de médicos generales hombres y mujeres graduados. Sin embargo, dentro de los médicos especialistas el 70% son hombres y el 30% mujeres (Amaya, et al, 2013, pág. 18). Dentro de las especialidades consideradas “la categoría superior” la falta de representación de las mujeres es extrema:

¹⁰⁵ Entrevista médico ginecóloga 22 de marzo del 2018

¹⁰⁶ Entrevista médico ginecóloga 22 de marzo del 2018

“En 2006–2008, los graduados de las facultades de medicina de EE. UU. Incluyeron 23,642 mujeres. Las mujeres estaban sustancialmente subrepresentadas entre los residentes en neurocirugía, ortopedia, urología, otorrinolaringología, cirugía general y radiología; las mujeres constituyeron el 47.4% de los graduados de EE. UU. especializados en medicina interna y el 74.9% en pediatría” (Jagsi, Griffith, DeCastro, & Ubel, 2006, pág. 345)

Por otra parte, las médicas señalan que su relación con las enfermeras es especialmente complicada porque estas últimas desafían su juicio médico y sus órdenes. Cuando las médicas son las encargadas de la sala de partos, algunas enfermeras realizan las preguntas técnicas y del servicio a los residentes hombres y no a ellas. Algo similar ocurre con las pacientes que escogen que las atienda el médico residente y no la médica especialista, por el género de esta.

“A mi me ha tocado hablarles fuerte a las enfermeras. No es que uno sea grosero, ni nada. Pero no me hacen caso, le preguntan todo al residente, así yo les diga que soy la encargada de la sala esa noche ¿ves? es difícil. A veces son los pacientes. “*No que ella no, que ese médico*”. Yo sí les digo: “*mire quiere que la atienda él, bueno. Pero él es mi estudiante y yo le estoy enseñando*” ¿ves? Es difícil”¹⁰⁷.

Una de las médicas señala que el hecho de realizar IVE y ser madre es una de las cosas que más estigma le genera. De acuerdo con ella, las enfermeras, sus colegas y conocidos constantemente le preguntan cómo puede hacer abortos siendo madre. Para ella la respuesta es clara: ser madre no tiene nada que ver con su trabajo:

“Y a mi me dicen y me preguntan “*ay pero (nombre) tu cómo puedes hacer eso. Tu eres mamá, tu no abortaste a tu hija, imagínate y no sé qué más cosas*” yo siempre les digo: “*mira si yo estuviera en las condiciones que están esas mujeres, yo lo entiendo. Y una cosa no tiene que ver con la otra. Yo amo a mi hija, amo mi trabajo y no tienen nada que ver*”¹⁰⁸

“Sí claro. Claro porque es como que ellos piensan que yo no entiendo. Que “*cómo siendo mujer no entiendo que es una vida*”, que “*estamos matando un bebé*”. Entonces, *que si yo no quiero ser mamá, yo no tengo hijos ¿sí?* entonces que, si yo no quiero ser mamá, qué... pues yo siempre les he contestado lo mismo. Pues yo les digo, “*si yo estoy en una situación como las que están ellas, yo también me haría una interrupción voluntaria del embarazo*” ¿sí? Entonces por eso las respeto,

¹⁰⁷ Entrevista médica ginecobstetra 28 de abril del 2018

¹⁰⁸ Entrevista médica ginecobstetra 28 de abril del 2018

porque es que hay que estar en los zapatos de ellas para ir para decir es que es el colmo, es que es terrible”¹⁰⁹.

En síntesis, dentro del entorno médico existen jerarquías claras en las que el género cumple un rol importante. Desde las escuelas de medicina se enseña que las mujeres se encuentran en una posición subordinada con respecto a los hombres. Esta subordinación afecta la forma como las médicas se perciben a sí mismas y a sus colegas. Así mismo, las médicas también experimentan esta subordinación cuando sus colegas o pacientes dudan de sus capacidades por ser mujeres. En el caso de las médicas que realizan abortos, se cuestiona su rol como mujer, madre y médica.

Dentro de las escuelas de medicina y en la vida laboral existe una jerarquización muy clara con respecto a la posición que ocupa cada individuo en el contexto médico. Por lo general, los médicos especialistas se encuentran en una posición superior a los médicos generales y a los estudiantes de medicina. Así mismo, dentro de las especialidades existen jerarquías que se sustentan en el nivel de dificultad que supone realizar una práctica médica específica, el tiempo que llevan trabajando o estudiando y la remuneración salarial que esta supone.

De acuerdo con la experiencia de los médicos, a las categorías que se encuentran subordinadas dentro de la jerarquía se les asignan varios atributos valorados como negativos. Por ejemplo, los médicos ginecobstetras son estigmatizados como *brutos* por no ser parte de las “especialidades superiores”. Así como, a las médicas ginecobstetras se les estigmatiza como *hormonales*, *histéricas* y *bravas* por ser mujeres.

Así las cosas, cuando los médicos deciden realizar IVE varios estigmas se pueden manifestar al tiempo. Tal como ocurre en el caso de las médicas mujeres: por hacer abortos se dice de ellas que son trabajadoras sucias y malas madres. Por ser mujeres son estigmatizadas como histéricas, hormonales y bravas. Como si fuera poco, por ser ginecobstetras son estigmatizadas como brutas.

La diferencia ente cómo los hombres y las mujeres experimentan el estigma hace evidente, entre otras cosas, el rol que cumplen las escuelas de medicina en la creación y mantenimiento de las jerarquías sociales existentes. Desde que están en el pregrado, las mujeres son tratadas como acompañantes y sus méritos no son valorados igual que los de los hombres. En algunos casos, la

¹⁰⁹ Entrevista médica ginecobstetra 28 de abril del 2018

subordinación es justificada dentro de las escuelas de medicina a través del “respeto” a los superiores”.

Ese respeto, se inculca a través de relaciones paternas en las que si bien el superior es una ayuda; el superior también tiene potestad sobre las decisiones médicas y en cierto grado personales de los subordinados. En este contexto, las estudiantes deben aceptar las ordenes de los médicos sin posibilidad de interpelar las decisiones; incluso cuando son evidentemente sexistas. Así mismo, las disparidades de género se hacen evidentes en que las escuelas de medicina limitan las posibilidades de acceso para las mujeres a las especialidades consideradas como superiores.

De acuerdo con los médicos, el estigma hacia la IVE es enseñado dentro de las escuelas de medicina. Por una parte, los docentes no proveen información verás sobre la práctica. Es decir, no se enseña que la IVE es un procedimiento legal desde el 2006. Por otra parte, los docentes les ponen apodos denigrantes a las instituciones que prestan el servicio de IVE; así como, catalogan a los prestadores del servicio como incompetentes:

“Tengo profesores de mi especialidad que siempre mencionaban casos de interrupción y se ponían agresivos por el tema. *“No, es terrible. No, eso es un pecado. No se puede”*. Y pues así se criaron mis compañeros, así ¿sí? Entonces en la especialidad por ejemplo a uno le enseñan a hacer legrados; pero legrados por abortos espontáneos, que se vienen solos. No por abortos inducidos ni nada de eso. Y, de hecho, cuando llegaba un aborto inducido, tenía uno la obligación de llamar a la policía ¿sí? y eso te lo digo que fue después del 2006 ¿sí? Llegaban pacientes de Oriéntame con alguna complicación entonces ya uno tenía en la mentalidad, es que Oriéntame era un sitio *malo*, porque *eso le enseñan a todos los que estudiamos ginecología*. Que Oriéntame es un sitio malo en donde hacen abortos inseguros, donde los médicos no sabían nada; y las que se complicaban llegaban a los otros hospitales ¿sí? esa era la percepción y de hecho les decíamos *Perfórame* [risa]. Entonces sí *“ahí llegó la paciente de Perfórame que no sé qué”*. Claro uno tiende a hablar mal de lo que no sabe. Entonces eso era, o sea lo que uno hacía de interrupciones no era porque se lo hubiesen enseñado en la especialidad, sino porque lo aprendía o lo revisaba”¹¹⁰.

En síntesis, el estigma hacia la IVE articula otras condiciones que socialmente se consideran como subordinadas; lo cual, produce que los médicos experimenten varios estigmas a la vez. Así las cosas, el estigma que experimentan los médicos que realizan IVE en Bogotá mantiene y reproduce

¹¹⁰ Entrevista médica ginecobstetra 11 de abril del 2018

jerarquías sociales existentes. Si bien las jerarquías sociales están presentes en todas las relaciones sociales, la reproducción de estas está estrechamente ligada a las escuelas de medicina. Específicamente, desde las escuelas se enseñan y promueven conductas en las que el aborto, la ginecología y las mujeres se encuentran en una posición subordinada.

Edad gestacional

En Colombia, de acuerdo con la sentencia C355 de 2006, no existe una edad gestacional límite para realizar el procedimiento de IVE (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Si bien la ley no pone límites al respecto, son pocas las entidades y los médicos dispuestos a realizar abortos de segundo y tercer trimestre. La razón más común por la cual los médicos e instituciones se niegan a participar del procedimiento es por sus convicciones morales.

Desarrollar este argumento no es fácil, pues La IVE en edad gestacional avanzada ha sido desde el comienzo el argumento más poderoso y al que más se aferran todos aquellos que luchan por que el aborto no sea despenalizado. Me refiero a colectivos religiosos, grupos provida, conservadores, políticos en contra entre otros muchos; así como, Hablar de IVE en edad gestacional avanzada aumenta el estigma y pone a prueba a quienes en principio están a favor. Sin embargo, considero que es importante hablar sobre el tema, pues el silencio no ha permitido que se desarrollen estrategias efectivas para lidiar con el mismo.

Se puede considerar que los médicos se encuentran en medio de una paradoja. Por una parte, para cambiar el estigma sobre los proveedores del servicio de aborto los médicos deben hablar sobre su experiencia realizando el procedimiento como médicos capacitados y competentes (Harris, Debbink, Martin, & Hassinger, 2011). Sin embargo, si los médicos expresan los sentimientos negativos que les genera realizar IVE, el estigma hacia el aborto y los prestadores se justifica; pues la “suciedad” física y moral que se les atribuye de alguna forma se materializa.

“Hacer interrupciones de segundo trimestre es “fácil” para la mujer, pero para él médico es muy difícil. Yo tengo que poner un medicamento para que se detenga el corazón del feto. Y es que a uno nunca nadie le pregunta cómo se siente con eso”¹¹¹

De acuerdo con Harris (2008), una solución a esta paradoja es aceptar posiciones éticas y morales que permitan áreas grises. Es decir, que los médicos reconozcan que el aborto tiene una dimensión

¹¹¹ Entrevista médico ginecóloga 30 de marzo del 2018

moral que los afecta, sin que ello implique que no estén comprometidos con los derechos de las mujeres o que le estén dando la razón a los grupos provida. Para la autora, existe un punto intermedio en el cual admitir que a los médicos les genera dificultades realizar IVE en edades gestacionales avanzadas. Sin embargo, es moralmente permitido que exista incomodidad, pérdida e incluso dolor (Harris, 2008, pág. 79).

Uno de los médicos encargados de realizar capacitaciones a lo largo del país señala que el desconocimiento de la norma, los procedimientos y de la IVE en general son en gran parte culpables de que no haya médicos dispuestos a realizar el procedimiento. De acuerdo con la experiencia del doctor, una vez se les explican a los médicos sus derechos y deberes algunos de ellos están dispuestos a practicar el procedimiento:

“Mira yo te voy a contar una historia, yo llegué a un hospital de primer nivel. No te voy a dar nombres, pero llegué a un hospital de primer nivel, donde habían cero médicos. Cero médicos que estuvieran dispuestos a prestar este servicio. Y les hice una capacitación e implementé el servicio allá y cuando me fui, 5 días después, tenía cuatro médicos que querían hacer parte del servicio de interrupción voluntaria del embarazo. Porque les expliqué la norma, porque les expliqué que no era un delito, porque les expliqué que no se iban a meter en problemas, porque les expliqué que ese era un tema de derechos y entendieron ¿sí? y conseguí cuatro médicos, de cero que habían, cuatro. Entonces es ahí donde uno demuestra que simplemente un tema de educación ¿sí? si a uno no le dicen. Pero como no le dicen porque nadie quiere hacerlo ¿ves? Entonces ahí es donde empieza el problema.

Y encontramos cátedras sobre el tema y empezamos a explicarles, ellos van a terminar diciendo sí quieren. ¿sí? Van a ser muy pocos. ¿Sí? es más, eso está tan estudiado que, si tú en un hospital eeh tienes un cierto número de médicos, más o menos entre el 8 y el 10 por ciento de los médicos quieren ser parte de la ruta de interrupción. Entonces si tienes 50 médicos 5 quieren hacer parte cuando les explican ¿ves? Pero aquí no les hemos explicado”¹¹².

Lo que se debe saber al respecto es que las barreras de acceso aumentan a mayor edad gestacional, pues en este punto se torna en un tema de reflexión, no solo para los provida. Aclaro que, aunque mencionaré diferentes barreras, todas están atravesadas por el desconocimiento y la ausencia de mecanismos para la aplicación correcta del procedimiento (tanto médico como legal).

¹¹² Entrevista médico ginecobstetra 22 de marzo del 2018

Primero: a nivel salud, incluso los especialistas desconocen las rutas de atención, pero sobre todo ignoran la legalidad del aborto. Para los casos de IVE en edad gestacional avanzada, los profesionales en medicina asumen como vacío legal o como riesgo penal que no haya un límite fijo en el aborto sobre la edad gestacional. Por lo anterior, el mecanismo más usado para evadir responsabilidades es la objeción de conciencia.

Segundo: a nivel gubernamental, no se han implementado protocolos claros para atender IVE en edad avanzada. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA desarrollaron un instrumento de orientación sobre rutas y responsabilidades frente a la IVE. Dicho instrumento incluye “Atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad”, sin embargo, no aclara los procedimientos para el segundo y tercer nivel de complejidad¹¹³. Es decir, no incluye los procedimientos de IVE mayores a las 15 semanas de gestación.

Por último: a nivel práctico, la distinción, con la que muchos lidian el proceso de aborto, entre feto y bebé es más difusa. Para los médicos, estar convencidos de que la IVE en todas las edades gestacionales es un derecho, no hace más fácil el procedimiento. De hecho, la IVE no es igual a los demás procedimientos médicos, sin importar si se utilizan las mismas técnicas. En este contexto, los médicos *cargan* con los sentimientos negativos que les produce realizar el procedimiento. Y hago énfasis en *cargan*, ya que los médicos no pueden hablar abiertamente sobre los sentimientos que les genera realizar IVE.

En relación con la falta de educación, todos los médicos que participaron señalan que mientras estudiaron su pregrado, e incluso la especialización en ginecología y obstetricia, nunca recibieron cátedras sobre salud sexual y reproductiva. La experiencia de los médicos durante el rural o sus años como estudiantes se limitó a atender abortos incompletos, incluso después del 2006. Cuando se tocaba el

¹¹³ “Según los lineamientos del MSPS los centros de atención primaria que cuenten con personal médico debidamente entrenado, están en la capacidad de ofrecer servicios de IVE por aspiración endouterina hasta las 15 semanas y con medicamentos hasta la semana 10 de embarazo, dado que ambos son procedimientos ambulatorios. (...) El segundo nivel de atención debe ofrecer todos los servicios de IVE delineados en el primer nivel y debe estar preparado para atender servicios de IVE en todas las circunstancias y etapas del embarazo. Las instituciones de tercer nivel que estén equipadas y cuenten con personal para brindar cuidados obstétricos de emergencia, deben estar preparadas para recibir remisiones de primer y segundo nivel relacionadas la IVE. A este nivel deben llegar aquellos procedimientos que por enfermedades coexistentes en la mujer o situaciones de carácter especial requieran de un nivel de mayor complejidad. Así mismo debe brindar todo el apoyo al primer y segundo nivel en el manejo de las complicaciones por IVE” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, págs. 38-39)

tema de abortos inducidos estos eran estigmatizados, estrictamente censurados y las instituciones en las que se practicaba eran tratadas como inseguras.

“Entonces con decirte, pues yo nunca había hecho una interrupción; yo nunca había hecho un aborto, he hecho muchos legrados, que es la forma como se limpian úteros cuando los abortos han iniciado de manera natural o espontanea, mejor, pero nunca lo había hecho así. Qué hice, me puse fue a leer cómo hacer un procedimiento, imagínate. O sea, nunca yo vi a nadie hacerlos, ni nadie me dijo haga así, coloque así, mire, no. Todo me lo leí, me lo leí, me lo leí, auto aprendí en los poquitos días que tuve de transición al llegar al centro, y de una es a hacer procedimientos. De una vez, o sea totalmente auto aprendido, nadie me dijo cómo. Apunta de test.”¹¹⁴

“Y entonces mmm fue muy difícil en el Materno Infantil, hubo mucha resistencia, inclusive de parte de profesores de la Universidad Nacional porque ellos iban a hacer sus prácticas con los residentes allí y entonces era un tema tabú, prohibido. Eeh los residentes no podían estar en contacto con este tema eeh, bueno había una serie de situaciones”¹¹⁵.

“Mmm no hice interrupciones en mi pregrado, no hice interrupciones en mi trabajo como médico general, no hice interrupciones como especialista [estudiando]. Y durante la especialidad me moví en un entorno muy antiderechos, como ya te había contado, la facultad, los profesores digamos así de mayor trayectoria y peso en la facultad, que aún están, son totalmente antiderechos. Eee entonces pues no lo vi, no lo argumenté, no lo aprendí. Entonces yo me gradué como ginecólogo sin saber que se había despenalizado el aborto en Colombia. O sea, imagínate esa locura, yo me gradué en el 2007 y se despenalizó en 2006. Entonces a mí me parece eso como caramba, super contradictorio. Yo ginecólogo, supuestamente ginecólogo es el médico de las mujeres, hice la especialidad en Colombia, la hice entre el 2004 y el 2007; en el 2006 se despenaliza, y salí sin saberlo, yo no tenía ni idea que se podía realizar interrupciones en Colombia. Ni idea. Salí siempre con la idea, pues como veníamos del pregrado, pues que era ilegal y penalizado”¹¹⁶

Ahora, en alusión a la situación institucional, si bien la falta de conocimientos parece jugar una parte importante en el estigma, el convencimiento de los médicos de que lo que están haciendo está bien es fundamental. Pues, aunque la Secretaría de Salud ha hecho esfuerzos por capacitar a más médicos no ha habido mucha adherencia a los programas. Esto último se intensifica en los casos de edades gestacionales avanzadas:

¹¹⁴ Entrevista médico ginecobstetra 5 abril del 2018

¹¹⁵ Entrevista médico ginecobstetra 30 de marzo del 2018

¹¹⁶ Entrevista médico ginecobstetra 22 de marzo del 2018

“Hicimos una instrucción a través de la Secretaría de Salud de Bogotá para hacer interrupciones de edad gestacional avanzada que se convirtió en una necesidad en el país. Aunque hoy en día la mayoría de colegas no están de acuerdo con esto, eeh, se convirtió en una necesidad ¿sí? se convirtió en algo que tenía que empezar a funcionar. Hicimos esa instrucción, entonces la hicimos el doctor X eeh, bueno y la hicimos tal vez cuatro o cinco colegas más; pero en realidad los que quedamos encargados del tema, casi que a nivel nacional [risa] fuimos el doctor [nombre] y yo”¹¹⁷

“Sí, somos 33 ginecólogos. 33 ginecólogos, de los cuales solamente tres somos prestadores que hacemos procedimientos en edad avanzada, pues obviamente con técnicas complejas, pero técnicas seguras y abordamos pacientes también muy difíciles de alto riesgo. Y hay dos personas más que hacen consulta, hacen asesoría y hacen hasta de pronto primer trimestre. Pero pues no tienen el entrenamiento ni pues hasta el momento se han interesado, ni tampoco hemos visto la necesidad porque los tres cubrimos ammm hacer emm procedimientos más”¹¹⁸

Los médicos que realizan IVE en todas las edades gestacionales reconocen que entender las implicaciones legales y técnicas del procedimiento solo es una parte de lo que se necesita. Para ellos, es necesario que exista una profunda y total aceptación de la IVE; pues el procedimiento es difícil emocional y técnicamente. Ocasionalmente los médicos se sienten afectados cuando deben realizar el procedimiento:

“Muchos hasta lo dicen bueno no es tan difícil un embarazo pequeño, pero ver un feto grande es muy difícil y yo los entiendo. O sea, si yo aggg me cuesta pues ver más que paramos el embarazo de una mujer de 30 semanas o sea 7 meses, pues obviamente eso debe ser muyyy difícil de aceptar por parte de ellos.

(...) El primer trimestre es super “fácil” hacer un aborto. Eeee porque no necesita anestesia es un procedimiento ambulatorio, de recuperación inmediata; y que no necesita mucha capacitación. Sí necesita capacitación, pero no mucha. De ahí para arriba, segundo y tercero sí ya la cosa es super compleja”¹¹⁹

Finalmente, en relación con la carga emocional en el nivel práctico, el silencio es perjudicial para todos los actores involucrados en la práctica, como señala Harris (2008). Es legalmente válido y moralmente permitido que haya incomodidad, el quid del asunto es que esa libertad que tenemos

¹¹⁷ Entrevista médico ginecobstetra 30 de marzo del 2018

¹¹⁸ Entrevista médico ginecobstetra 22 de marzo del 2018

¹¹⁹ Entrevista médico ginecobstetra 22 de marzo del 2018

para incomodarnos no se traduzca en argumento para imponer una única visión moral y legal. En las transiciones, como empezar a practicar abortos cuando antes no se hacía ninguno, es importante no mantener el silencio para conocer las diferentes perspectivas y ofrecer un lugar al cambio.

Una de las doctoras narra que ella empezó a realizar consulta de IVE porque le tocó, pues ella no estaba de acuerdo con el procedimiento. No fue hasta que empezó a hacer consulta de IVE que se convenció de la importancia de esta, pues todas las pacientes que veía le parecía que tenían una razón completamente justificable para querer acceder al procedimiento:

“Al principio yo pensaba no pues no estoy de acuerdo. Pero después empecé a hacer consulta de interrupción porque no había quién más la hiciera. Y me di cuenta que todas las pacientes que yo veía tenían justificación de interrupción. Todas llegaban, contaban su historia y me parecía gravísimo, y entonces yo “*no claro, tienes la razón*”. Entonces cuando me di cuenta, todas tenían justificación ¿sí? Entonces de ahí empecé como a ver que mis compañeros decían “no es el colmo, es terrible, eso no se debe hacer”¹²⁰

Actualmente, la doctora está de acuerdo con las interrupciones en segundo y tercer trimestre; tanto así que empezó a realizar el procedimiento. Sin embargo, ella no pudo continuar, pues no se sentía cómoda y la afectaba. Para ella, las interrupciones mayores a 20 semanas, más que ser abortos son feticidios por la avanzada edad gestacional del feto.

“Pero de todas formas en algún momento yo empecé a hacer feticidio y no era que me matara la idea. O sea, también me sentía mal, también me parecía incomodo, me parecía triste ¿sí? Entonces habían casos en los que cuando empezamos a nosotros evaluar hasta qué edad gestacional llegábamos, los hombres decían hasta 32 -30. Las mujeres decíamos 20 [risa]. ¿sí? porque para uno como mujer de pronto si es eeh afecta un poquito más eso. Yo les decía, a pesar de que yo estoy a favor de la interrupción no. A mí que no me programen por encima de 20, por ejemplo ¿sí? y allí quedaron los que, ya por eso quedaron los que están haciendo feticidio, pues los 3 hombres, y nosotras hacemos la consulta”.

Los tres médicos que realizan IVE en edades gestacionales avanzadas para describir el procedimiento nunca emplearon el término feticidio durante las entrevistas. Sin embargo, para ellos no resulta fácil hablar sobre los detalles del procedimiento que deben hacer. Los médicos son conscientes de las valoraciones negativas asociadas a su trabajo y reconocen que el estigma es

¹²⁰ Entrevista médica ginecobstetra 11 de abril del 2018

probablemente mayor por fuera de la comunidad médica. Es por ello, que ocultan parcialmente su trabajo dentro de sus círculos sociales:

“[risa] Digamos que el tema es más complejo porque si con el personal de salud es difícil imagínate tener que contarle a la familia o a los amigos lo que tú haces ¿sí? respecto a este tema ¿no? eeh eso es bien difícil, bien complejo. Digamos que aquí en mi casa, mi hijo sabe. Mi hijo estudia derecho y él es un muchacho digamos proderecho. Él entiende el tema, inclusive va a ser un proyecto de ley asociado a la interrupción voluntaria del embarazo, o sea él está de acuerdo con el tema. Desde el punto de vista jurisprudencial.

“Eeh mis papás saben hasta cierto punto porque no les puedo contar todo el escenario. Pero saben y respetan lo que yo hago. Y, es decir, no me han señalado, ni criticado, ni juzgado. Mmm y amigos pues no, no les he contado. Además, que ee yo creo que ese sería el escenario más difícil [risa] pero no, no les he contado. Mi gran amigo [médico que también realiza IVE en edades gestacionales avanzadas] es el que sabe. Como los dos trabajamos lo mismo entonces nos podemos contar nuestros pesares [risa].”¹²¹

Así mismo, los médicos que realizan IVE en edades gestacionales avanzadas refieren que a veces consciente o inconscientemente ellos deciden aislarse de sus grupos de amigos por las valoraciones negativas de otras personas hacia su trabajo. Tal vez por ello, su sistema de apoyo más importante en relación con su trabajo son sus colegas que trabajan haciendo IVE. Pues finalmente ellos son los únicos que conocen de qué se trata el trabajo realmente.

En síntesis, realizar IVE en edades gestacionales avanzadas no es fácil. El procedimiento requiere de habilidades técnicas que no son enseñadas dentro de las escuelas de medicina. Y más importante aún, el procedimiento requiere un total convencimiento de que el procedimiento está bien y es necesario. Los médicos reconocen y a veces justifican las valoraciones negativas hacia su trabajo; pues ellos entienden la complejidad técnica y moral del procedimiento.

Finalmente, es necesario romper el silencio que existe alrededor de la IVE en edades gestacionales avanzadas. Los sentimientos de los médicos que realizan el procedimiento tienen que ser reconocidos como válidos y no solo como una herramienta para limitar el acceso a la IVE. Si bien los desarrollos jurisprudenciales abrieron la posibilidad de que no haya límite en la edad gestacional para realizar una IVE, esta no es la única razón por la cual los médicos deben estar dispuestos a

¹²¹ Entrevista médico ginecobstetra 30 de abril del 2018

prestar el servicio. Así las cosas, es necesario empezar a construir esa área gris en la que los sentimientos negativos de los prestadores puedan discutirse.

Reflexiones finales

A modo de conclusión, respondo la pregunta que surge constantemente luego de los hallazgos de esta tesis: ¿por qué los médicos deciden continuar prestando el servicio de IVE en medio del estigma? La respuesta es relativamente sencilla: “por amor al arte”. Para los médicos realizar IVE responde a un profundo amor y compromiso a su trabajo y a las mujeres. La posibilidad de ayudarlas y ver rápidamente una mejoría les da la fuerza para lidiar con el estigma.

Todos los médicos que participaron en esta investigación señalan que estudiar medicina es lo que siempre quisieron hacer. Las razones para ser médicos suelen ser una combinación entre: “los buenos estudiantes estudian medicina”¹²² y “uno busca como carreras afines con los familiares porque uno piensa que de pronto tiene más posibilidades”¹²³. La mayoría de los médicos señalan que cuando estaban en el colegio eran estudiantes sobresalientes especialmente en biología. Es por ello por lo que, la decisión de estudiar medicina parecía ser la más consecuente.

“Medicina fue un anhelo de toda la vida. Mi papá era biólogo químico. En la casa tenía especies. Era profesor entonces tenía corazones disecados, tenía muchos, muchos elementos de anatomía. Y siempre me llamó la atención desde muy niño básicamente como por lo que veía en la casa. Por los libros que tenía mi papá. Entonces fue algo como que influyó mucho. Y siempre me gustó pues la salud. Tengo familiares médicos. Tíos. Entonces me llamaba la atención”¹²⁴.

La decisión de especializarse para la mayoría de los médicos responde a razones de estatus económico y social. Pues a partir de la ley 100¹²⁵ la práctica médica en Colombia se vio afectada de manera negativa. De acuerdo con los médicos, la medicina perdió el estatus y la estabilidad económica que había tenido hasta ese momento: “Los médicos estamos laboralmente como

¹²² Entrevista médico ginecobstetra 9 de abril del 2018

¹²³ Entrevista médico ginecobstetra 15 de abril del 2018

¹²⁴ Entrevista 27 de abril del 2018

¹²⁵ La ley 100 de 1993 estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. El objetivo de dicha reforma fue “garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten” (Ley 100 de 1993, 1993). Si bien la Ley 100 no incluyó artículos relacionados con cambios en el sistema de contratación para prestadores de salud, el mercado laboral sufrió modificaciones importantes. De acuerdo con algunos autores, las condiciones laborales se deterioraron, especialmente para aquellos que no poseen contratación directa con las entidades de salud; se ampliaron las brechas salariales; se dieron aumentos en la intensidad horaria y se detectó cierto grado de subempleo” (Florez, Atehortúa, y Arenas, 2009, pág. 108)

reprimidos. Es decir, el escenario de ver antiguamente un médico que era un personaje muy importante para la sociedad dejó de ser”¹²⁶

“Yo trabajé cinco años como médico general, eso incluía el rural, y empecé a ver ese escenario y ya inmerso en la ley 100 era muy difícil. Yo trabajé en una EPS eeh del régimen contributivo y esa EPS exigía muchas cosas. Exigía al médico general que tenía que hacer una consulta cada 15 minutos. O sea 4 pacientes por hora, y en un lapso de 6 horas en donde tenía que ver 24 pacientes a veces tocaba ver 27-28, o sea extras. O sea que ya se convertían en consultas de 8 minutos. Eeh fuera de eso exigían que no se pidieran tantos laboratorios, porque se volvía un médico costoso, tantas radiografías, tantos exámenes porque se volvía un médico costoso; entonces eso no se volvía rentable para las EPS”¹²⁷

Para los médicos el motivo por el cual se implementó esta ley es que la salud se convirtió en un negocio. Es decir, la administración de los hospitales se concentró en volver la atención de los pacientes en algo rentable. Para aumentar la rentabilidad, los hospitales empezaron a ser administrados bajo una lógica netamente económica. En esta lógica se aumentó la cantidad de pacientes y se limitó el acceso a recursos:

“Entonces a nosotros actualmente nos manejan personas eeh, totalmente ajenas a nuestra profesión. Entonces el gerente de un hospital puede ser un economista, puede ser un administrador o es un médico que se fue por la parte administrativa y se convirtió en un peor verdugo, ves”¹²⁸

En este contexto los médicos señalan que la única alternativa que tienen para obtener estatus es especializarse. La decisión sobre qué especialización seguir está estrechamente relacionada con la experiencia que tienen los médicos en el rural. Para la mayoría de los médicos la experiencia que tuvieron mientras rotaron por las diferentes especialidades les permitió decidir qué les gustaría continuar haciendo. Para ellos, el atractivo de la ginecobstetricia es que ofrece la posibilidad de realizar múltiples tareas sin convertirse en algo monótono:

“Entonces pensé qué especialidad es muy flexible y la menos monótona. O sea que tiene diferentes áreas de trabajo. Y en el análisis que hice, es apareció la ginecología, a parte, pues que era una de las especialidades que me había gustado, pero bueno, dije ginecología puedo hacer: consulta, puedo hacer cirugía, puedo hacer asesoría, puedo hacer trabajo comunitario. En ese momento nunca pensé

¹²⁶ Entrevista médico ginecobstetra 30 de marzo del 2018

¹²⁷ Entrevista médico ginecobstetra 30 de marzo del 2018

¹²⁸ Entrevista médico ginecobstetra 30 de marzo del 2018

en interrupciones, y mira en dónde estoy, estoy trabajando en un área totalmente diferente al área hospitalaria ginecológica. Y por eso me guíé por la ginecología. No fue algo que me moviera, que me apasionara. No. Realmente, en ese momento lo pensé, quiero algo práctico porque la verdad tiendo a aburrirme muy rápido de la rutina. O sea, si hago algo de manera repetitiva, repetitiva, me aburro. Entonces dije no, tengo que hacer algo que me deje hacer muchas cosas, a la vez. Y dije es ginecología”¹²⁹

La decisión de hacer IVE en ningún caso proviene de un deseo o un gusto por el procedimiento. De hecho, la mayoría de los médicos señalan que empezaron a realizar IVE de manera circunstancial. Es decir, realizar IVE nunca fue la razón específica por la que fueron contratados, es una de las funciones que eventualmente llegaron a hacer dentro de un trabajo que requiere de distintas actividades y procedimientos.

Sin embargo, la razón por la que continúan realizando IVE, no es circunstancial, responde a un compromiso profesional y social con la salud de las mujeres y los derechos de estas. Para ellos, la posibilidad de ayudar a las mujeres y ver rápidamente esa mejoría les da la fuerza para lidiar con el estigma. Los médicos señalan que las mujeres viven situaciones muy complejas y si ellos no las ayudan nadie más lo va a hacer.

“Creo que los que hacemos ginecología lo hacemos mucho también por real gusto porque es una especialidad que sabemos no tiene una muy buena calidad de vida para sus médicos. El medico ginecólogo trabaja mucho. En la escala de especialistas es de los que menos gana (...) Mmm pensando, recordando, atrae mucho el tema del cuidado materno, atrae mucho el tema de toda la medicina que se desprende del embarazo. (...). Em creo que es eso entonces muchos lo hacían por convicción”¹³⁰.

“Y nos preocupaba mucho que el tema se saliera de nuestras manos porque lo que nosotros *estábamos haciendo era ayudarle a las mujeres*. Nosotros no estábamos, la gente cree que nosotros nos estamos llenando de dinero con eso y no es cierto. No es cierto. Nosotros lo hacemos *por amor al arte*, la verdad. Lo hacemos es por eso, por ayudarle a esas mujeres; porque a esas mujeres les salga todo bien ¿sí? Así como el médico perinatología quiere que a esa mujer que tiene una

¹²⁹ Entrevista médico ginecobstetra 18 de marzo del 2018

¹³⁰ Entrevista médico ginecobstetra 22 de marzo del 2018

enfermedad asociada al embarazo le salga bien y la pueda llevar a feliz término y todo le salga bien, nosotros con el tema de la interrupción queremos lo mismo”¹³¹.

“Todos los días cuando veo a las mujeres porque precisamente una de las cosas específicas que me gusta del trabajo, no solo por todo el convencimiento de todo lo que hago es que los resultados son inmediatos. Entonces yo no me podría ver siendo un internista, un neumólogo o tratando pacientes crónicos. Donde tu ves que les das y les das tratamientos y la mejoría es mínima. Aquí llega una mujer, se sienta al frente, hablamos, charlamos, toma las decisiones, yo la acompaño en su decisión, y entró en esta situación y salió en esa. O sea, hizo un giro complejo y el cambio lo ves inmediato. Eso me da muchísima alegría, o sea que estoy viendo los resultados ya. Entonces eso una de las cosas que más me motiva”¹³²

“Nosotros podríamos escribir un libro de todos los casos que tienen esas mujeres, y ninguno de nosotros vive lo que ellas están viviendo. Y siempre hemos pensado con nuestros compañeros que, si no lo hacemos nosotros, si no las ayudamos nosotros, nadie los va a ayudar”¹³³

Finalmente, “Este trabajo a uno siempre lo carga” es la forma como uno de los médicos describió que se sentía el día que lo conocí. El doctor en ese momento se refería al cansancio físico y mental después de una jornada larga de trabajo. Sin embargo, esta frase sintetiza la carga social, física y emocional que lleva consigo prestar el servicio de IVE en Colombia. Así como, el hecho de que sin importar lo que implica para ellos, los médicos están dispuestos a prestar el servicio e intentar mejorar las condiciones para ellos y las pacientes.

¹³¹ Entrevista médico ginecobotetra 30 de marzo del 2018

¹³² Entrevista médico ginecobotetra 10 de abril del 2018

¹³³ Entrevista médica ginecobotetra 11 de abril del 2018

Conclusiones

La despenalización parcial de la IVE en Colombia surgió como una iniciativa de una élite académica de corte feminista en la que se dejó de lado el debate sobre las connotaciones morales del aborto y se dio prevalencia al debate sobre los derechos. Con esta estrategia de litigación fue posible despenalizar tres causales; las cuales son lo suficientemente amplias como para garantizar que la mayoría de las mujeres que deseen acceder a la IVE puedan hacerlo. Si bien esta estrategia de litigación fue muy efectiva, su aplicación no lo ha sido. Más allá de lo que los desarrollos jurídicos establezcan, las connotaciones éticas juegan un rol fundamental en la aplicación y la cotidianidad de la IVE.

La estructura administrativa del estado moderno supone que sus funcionarios deben obrar a partir de lo pautado por parte del estado y tienen una obediencia técnica y sin fricción. En ese sentido, se esperaría que con la despenalización de la IVE los funcionarios impulsaran la implementación de esta sin importar su posición personal sobre el aborto. Sin embargo, como lo demuestran el exconcejal y el exprocurador, la posición personal que tienen los funcionarios estatales sobre el aborto juega un rol fundamental en la forma como estos interpretan y ejecutan sus funciones. Si los funcionarios no están de acuerdo con el aborto a través sus posibilidades de actuar limitan la implementación de la IVE. Además, a nivel político, hay presión por parte de sectores sociales para revertir la ley. Aquí se puede encontrar muchos tipos de personas y grupos como '40 Días por la vida', colectivos provida, personas conservadoras, religiosas y otras.

En este contexto, es posible establecer que la práctica de IVE en Colombia está atravesada por una serie de tensiones y negociaciones entre los médicos que realizan el procedimiento, los funcionarios estatales, los prestadores de servicios de salud y los colectivos sociales que se interesan en el tema tanto a favor como en contra. Dichas tensiones y negociaciones permiten entender: cómo se configura el estigma hacia los médicos que realizan interrupciones voluntarias del embarazo en Bogotá.

Para los médicos que realizan IVE las acciones del exprocurador y exconcejal tienen efectos reales en la forma como entienden y ejecutan su trabajo. Los médicos no sienten que tienen garantías laborales por parte del estado; pues ellos saben que su situación laboral puede cambiar en cualquier momento por razones que no son necesariamente legales. Tal como ocurrió con el cierre del Centro de Servicios Amigables de Suba (SAM). Es por ello, que los médicos que trabajan dentro de

instituciones públicas realizando IVE deben prestar el servicio de forma oculta y mezclado con otros servicios de ginecología y obstetricia.

La mezcla de los servicios de ginecología y obstetricia y el condicionamiento a que el servicio de IVE permanezca oculto se pueden considerar formas de estigmatización para los médicos. La política de ocultamiento pone al servicio de IVE y a sus prestadores en una condición inferior y de vulnerabilidad con respecto a los demás servicios médicos que presta el hospital. Así mismo, se puede considerar que el ocultamiento continúa y reproduce los estigmas previos a la despenalización; pues, produce la idea de que es un servicio ilegal, clandestino e inseguro.

Dentro de las instituciones privadas, las tensiones que configuran el estigma se producen principalmente con agentes externos a las mismas. Allí, la idea de que la ley produce realidades no es la única que estructura la forma como se implementa la IVE. En estas instituciones la ética de la IVE es reconocida y se le da cierto grado de importancia. Es por ello, que para trabajar allí hay que demostrar que se está convencido de que la IVE está bien, pasar cierto periodo de prueba y recibir una amplia capacitación sobre los aspectos técnico-legales del procedimiento.

La importancia de las capacitaciones y finalmente de contratar únicamente personas que estén de acuerdo con el aborto es que se elimina en gran parte el estigma hacia la IVE dentro de la institución. Los médicos refieren que sus compañeros de trabajo son casi como una familia y señalan que nunca se han sentido estigmatizados en su entorno laboral. Esto, se puede considerar como una estrategia exitosa para combatir el estigma hacia los médicos y da luces para crear estrategias que funcionen en instituciones públicas.

Si bien dentro de las instituciones públicas contratar únicamente personas a favor del aborto no es una opción para combatir el estigma; adoptar la forma como se abordan las capacitaciones dentro de las instituciones privadas es una opción viable. Es importante dejar de pensar la IVE como un problema jurídico estrictamente y centrarse en los aspectos éticos del mismo. Si se reconocen cuáles son los problemas y las connotaciones morales específicas que tienen los prestadores en relación con la IVE, es posible empezar a hablar sobre ellas y buscar formas de negociar con esas sensibilidades específicas en mente. En este sentido, es importante continuar las investigaciones en torno al aborto y las connotaciones ético-morales de este.

En cuanto a las presiones externas que los médicos señalan como estigmatizantes dentro de las entidades privadas, '40 Días por la Vida' cumple un rol significativo. De acuerdo con los médicos, antes de la despenalización no existían grupos cuya agenda estuviera dedicada exclusivamente a presionar a los centros prestadores del servicio de IVE. En este sentido, este es uno de los nuevos estigmas surgidos después de la despenalización. Si bien los médicos no están seguros de qué ocurre dentro de las vigiliadas, ellos sienten la influencia negativa que tienen estos grupos especialmente para las mujeres.

Institucionalmente se han tomado medidas para disminuir la influencia que tiene '40 Días por la Vida' hacia las mujeres y los prestadores del servicio de IVE. Estas medidas parecen ser relativamente efectivas a corto plazo. Sin embargo, sería útil desarrollar estrategias que permitan dar una solución efectiva para las mujeres y los prestadores a largo plazo. Si bien creo que entablar conversaciones entre la institución y los grupos en contra no va a resultar en un consenso en el que el estigma hacia el aborto desaparezca, creo que entablar un diálogo es importante. De nuevo, me parece que dicho diálogo se debe dar en términos que permitan que el tema no sea tratado como un problema exclusivamente jurídico o moral. Para poder realizar negociaciones es necesario plantear argumentos en donde ambas perspectivas se tomen en cuenta.

El estigma hacia la IVE articula otras condiciones que dentro de las jerarquías sociales existentes se consideran como subordinadas. Es decir, los médicos que realizan IVE suelen experimentar varios estigmas a la vez. Dentro de las escuelas de medicina se enseñan estas jerarquías; en las cuales, cada individuo ocupa una posición específica y tiene asignadas ciertas marcas. En este sentido, existe un trato jerárquico en el que las especialidades "fáciles", los médicos generales, las pacientes y el personal de enfermería se encuentran subordinados; así como, cargan con diferentes estigmas; por ejemplo, bruto, hormonal, mala madre, entre otros.

La jerarquización que existe dentro del mundo de la medicina rara vez es cuestionada. Así mismo, rara vez se cuestionan las decisiones que toman las personas que ocupan un rango superior. En este contexto, el aborto es considerado como de rango inferior, así como los prestadores que lo realizan. La idea de que el aborto es indeseado y las instituciones en donde se realiza son inseguras se enseña dentro de las escuelas de medicina. Los profesores activamente señalan que el aborto está mal, ignoran el tema o enseñan el procedimiento de manera desacertada.

En el caso de las mujeres desde las escuelas de medicina se cuestiona su juicio ético-moral y su capacidad médica cuando deciden practicar IVE. De por sí, dentro las escuelas de medicina las mujeres en muchos casos son consideradas como de rango inferior a los hombres; pues se asume que cuando obtienen buenas calificaciones es porque fueron coquetas; así como, también se asume que ellas son una compañía, no una colega; y en el caso de la ginecobstetricia, se asume que las médicas son hormonales. Estas presunciones no se limitan a las escuelas medicina, algunas pacientes prefieren ser atendidas por hombres pues consideran que las mujeres son más duras y menos inteligentes. Los prejuicios y la discriminación que sufren las mujeres son formas claras de estigmatización.

Ahora bien, cuando las mujeres realizan IVE su capacidad de ser madres, su empatía y su carácter son abiertamente cuestionados por sus colegas y profesores. Ellas reciben llamadas cuestionándolas y las enfermeras no les hacen caso o no las reconocen como las jefes de sala. En este sentido, las mujeres perciben el estigma hacia la IVE de forma directa. En el caso de los hombres, el estigma hacia la IVE lo sienten a través de lo que les reportan, pero no porque sean cuestionados de frente. Los médicos hombres, resultan cuestionados dentro de las capacitaciones, más que en la cotidianidad. Sin embargo, a los médicos no se les cuestiona ni su empatía, ni su capacidad como padres.

En este contexto, parece importante continuar las investigaciones para entender cómo operan las jerarquías dentro del mundo médico y cómo estas jerarquías reproducen otras categorías sociales existentes. La importancia de estas investigaciones radica en la necesidad de desnaturalizar dichas jerarquías médicas. Como estrategia para prevenir esta forma de estigmatización es necesario que las capacitaciones que se realizan para sensibilizar sobre la IVE tengan un enfoque de género. Así mismo, es necesario repensar la forma como dentro de las escuelas de medicina se trata el aborto. Las escuelas de medicina no pueden ser objetoras de conciencia, los médicos que están en formación deben aprender sobre los aspectos legales y prácticos de la IVE.

Tanto médicos hombres como mujeres reconocen que la dificultad del procedimiento genera que haya valoraciones negativas de los otros hacia ellos. Es por eso por lo que ellos entienden y justifican que haya personas que no quieran participar e incluso entienden que los juzguen. Para los médicos estas connotaciones son entendidas como obvias y casi que naturales. Esto se puede

considerar como una forma de internalización del estigma. Esta forma de estigmatización parece prevalecer cuando los médicos realizan IVE en edades gestacionales avanzadas.

La IVE en segundo y tercer trimestre de gestación resulta más estigmatizante para las mujeres y los prestadores del servicio. Para los médicos, realizar IVE en edades gestacionales avanzadas no resulta fácil técnica o mentalmente. El procedimiento requiere técnicas que no son enseñadas en las escuelas de medicina y, por tanto, pocos prestadores están dispuestos y conocen el procedimiento. Sin embargo, el convencimiento total de que el procedimiento está bien es necesario para que los médicos estén dispuestos y logren lidiar con la carga que les genera realizar el procedimiento.

En este sentido, considero que una estrategia para mejorar el estigma es empezar a reconocer que el aborto no es fácil para los médicos. Entiendo que admitir esto es peligroso, pero dejar de lado la experiencia de los médicos y pretender que es un procedimiento que disfrutan no va a contribuir a que el estigma mejore. En este sentido, es necesario crear espacios seguros para los médicos en los que puedan compartir sus sentimientos respecto a la práctica y donde sus colegas validen sus emociones. El negar los aspectos éticos de la IVE invalida las emociones de los médicos y no permite buscar soluciones puntuales para mejorar el estigma del que son objeto.

En síntesis, “este trabajo a uno siempre lo carga”. Realizar IVE de una u otra manera trae consigo estigma, subordinación y silencio. Los médicos llevan una carga física, social y emocional, pues hacer IVE no es fácil. Sin embargo, están dispuestos a realizar el procedimiento; pues sin importar la carga los médicos desean prestar el servicio e intentar mejorar las condiciones de las pacientes.

Corolario

Tengo la impresión de que '40 Días por la Vida' es una de esas cosas que pasa sin que uno la busque. Aun así, aproveché la oportunidad, pues todo antropólogo sabe que lo más difícil de la disciplina es entrar a campo. Ahora, si el provecho fue fructífero o no, es una cuestión que está abierta a debate. No digo esto porque haya desestimado la experiencia, sino porque en el primer acercamiento a la investigación empírica uno está muy crudo.

En la actualidad, luego de tantos años después, me pregunto cómo empezó todo y, a veces, la respuesta me resulta insólita. Yo, que me declaraba abiertamente a favor del aborto; yo, una joven que apoyaba la promulgación de derechos sexuales y reproductivos de la mujer; yo, que nunca he sido radicalista; esa 'yo', rezaba frente a centros abortistas como acción para acabar con la despenalización del aborto.

Sí, lo sé: la vida es irónica. Sin tener ni idea de en qué me estaba metiendo, entre marzo y abril del 2017, como parte de un ejercicio académico, asistí a una vigilia de '40 Días por la Vida'. Para quienes aún no lo sepan, este es un movimiento de carácter mundial en contra del aborto. Los miembros del grupo, en compañía de colaboradores, se reúnen durante 40 días y noches para rezar contra el aborto. Ah, una cosa más: el lugar de reunión es, nada más y nada menos que frente a los centros abortistas locales.

Entonces, ahí estaba yo: en Teusaquillo rezando para que se reversaran los derechos y las prácticas en las que creía. En medio de las oraciones y cantos de la vigilia, constantemente, se pedía a Dios que acabara la "industria del aborto" e hiciera entender a los empleados que están rompiendo el juramento hipocrático. Todo muy confuso para una recién llegada al debate como yo. Sobre todo, porque la mayoría de las personas en la vigilia me recordaban a mi abuela y tías rezando el rosario, solo que ocasionalmente hacían plegarias que me asustaban e incomodaban.

Bueno, debo reconocerlo: hizo falta que memorizara oraciones, empezara a usar a san Miguel Arcángel como referencia y rezara mucho y en voz alta para que surgieran en mí las dudas indicadas. ¿De qué manera interfiere en las prácticas de aborto, la relación entre los empleados de los "centros abortistas" y la vigilia? ¿Qué significa para los empleados de dichos centros tener un grupo de personas diciéndoles 'asesinos' 80 días al año¹³⁴? ¿Se arrepienten los trabajadores de estar

¹³⁴ Las vigiliass en Colombia se realizan dos veces al año

ahí? ¿Tiene efectos políticos la vigilia? Y finalmente, ¿por qué la práctica se mantiene a pesar de esas condiciones?

En junio de 2017 decidí que quería volver todas mis dudas sobre la relación entre la vigilia y los trabajadores de los “centros abortistas” mi monografía de maestría. Sin embargo, el último día en el que participé en la vigilia me acusaron de lesbiana por haber asistido con mi mejor amiga. Así pues, bañada en agua bendita me negaron la posibilidad de volver a participar en las vigilias. Es por ello, que decidí centrarme en comprender, exclusivamente, la experiencia de los médicos que realizan abortos en Bogotá.

¿Qué pasó luego? Escribí una tesis sobre ¿cómo se configura el estigma hacia los médicos que realizan interrupciones voluntarias del embarazo en Bogotá? Pero de aquello ya todo está dicho, así que quiero aprovechar este espacio para contar otras cosas que nunca se comentaron:

Cuando inicié esta investigación, creía entender el estigma de estudiar aborto por mi experiencia con ‘40 Días por la Vida’; pero fue después de mi visita al Consejo de Bogotá que descubrí la complejidad del tema. Como ejercicio de investigación del semillero al que pertenecí, fui al Consejo a escuchar un debate sobre aborto en Bogotá. Esa era toda la información que tenía. Allí, entre feministas y líderes de ‘40 Días por la Vida’ fui confrontada y acusada de ser ‘espía’, pues el movimiento ‘provida’ sintió como traición que yo hubiera asistido y hecho parte de sus reuniones, cuando también sostenía conversaciones con grupos feministas. Debo aclarar que no he tenido conversaciones o he sido parte de grupos feministas; y como lo expliqué en ese momento, como antropóloga ambos lados me generaban curiosidad.

Luego de lo ocurrido, temía una confrontación física o violenta; por lo cual, empecé a evitar los sectores de la ciudad en los que ocurre la vigilia; así como evitar a toda costa tener datos en las redes sociales que me hicieran reconocible o localizable. Pues, había constatado que existían bases de datos de todas las personas que asisten a la vigilia. Esto lo supe porque “Beatriz”¹³⁵, una de las organizadoras, con el simple número celular de una persona puede decir el nombre; en mi caso, además de mi nombre sabía mi profesión y en qué universidad estudiaba.

Ahora bien, el momento en el que sentí el alcance del estigma fue cuando me rechazaron en un trabajo por no ser “provida”. En enero de 2019 apliqué para trabajar como profesora en una

¹³⁵ Nombre ficticio utilizado para proteger la verdadera identidad de la persona en cuestión.

universidad privada. Después de pasar todos los filtros, el rector, un cura agustino, me recibió de manera muy amable y tuvimos una conversación amena en la que me hizo preguntas sobre mi familia, colegio, universidad e intereses. Una de las últimas preguntas fue sobre el tema de mi monografía para optar por el título de maestría. Tan pronto como el cura hizo la pregunta, supe que no iba a obtener el trabajo, pero no tenía otra opción que responder.

Después de un par de preguntas con respuestas vagas de mi parte, la pregunta fue directa: ¿eres provida o proaborto? Por un segundo contemplé mis opciones, pero definitivamente prefería ser desempleada que provida. La respuesta que me dio el cura fue contundente: “Me duele dejarla ir porque tiene una hoja de vida impecable, excelente formación, familia, presentación intachable, pero no puedo contratar a alguien que no sea provida. Es una lástima de verdad”¹³⁶.

La entrevista terminó poco tiempo después de esa respuesta. Pero antes de irme el cura me sugirió leer “Las retractaciones” de San Agustín; pues si algún día me arrepentía de estudiar aborto y me volvía provida, él estaría contento de contratarme. Debo admitir que lloré las dos horas camino a mi casa mientras intentaba leer el libro. Mi conclusión es que no me arrepiento de ser proaborto, no me arrepiento de estudiar IVE y definitivamente hay cosas que no me agradan de este texto, pero mi posición a favor del aborto se mantiene.

Tengo miedo de no encontrar trabajo por el tema de investigación que escogí. No obstante, ser rechazada me ayudó a entender que estudiar aborto trae consigo un estigma; lo cual, a su vez, me hizo comprender mi tesis y la importancia que tiene. El estigma, ese del que tanto hablé acobijada por la academia y protegida por la pantalla de la computadora es un fenómeno que en la práctica me produce miedo y a veces impotencia. Mi consuelo es que mi experiencia solo me permite ver una minúscula parte de lo que viven los médicos que practican IVE, así que alguien tenía que hablar al respecto.

Para finalizar, quiero reflexionar sobre la incómoda realidad que rodea la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en Bogotá. Como paciente en una institución privada me sentía incómoda y me parecía que prácticas como regañarme por gritar, obligarme a estar aguantando frío con una bata y realizarme un procedimiento sin ni siquiera preguntarme si estaba lista me parecían violentas y absurdas. Sin embargo, los médicos que trabajaban allí cuando describían la institución

¹³⁶ Nota de campo 19 de enero del 2019

la hacían parecer perfecta. Para mí era imposible entender la discrepancia entre lo que yo había vivido como paciente en relación con lo que los médicos describían. No fue hasta que fui a un hospital público a realizar una entrevista que entendí por qué a los médicos les parecía maravillosa la institución privada. A continuación, dejo una cita textual de mi diario de campo para quienes quieran atisbar las condiciones en las que allí se presta el servicio.

“Tan pronto como pasé por la puerta sentí un golpe de realidad. Había un olor a mugre, sangre, hospital y el aire era pesado. Físicamente no puedo describir cómo se siente el aire pesado, pero me empecé a sentir más consciente de cómo respiraba. Mi mamá me crió teniéndole asco a los hospitales y casi que fobia a los gérmenes y enfermedades. En la puerta empecé a pensar en que se me podría pegar una varicela, tuberculosis, neumonía y en el mejor de los casos gripa. Tenía asco. Ya no sentía miedo, era físico asco el que me invadía. La cabeza me empezó a doler y me arrepentí de no haber almorzado. Sentía vómito y debilidad [...]

Mientras esperaba me di cuenta de que todas las mujeres que estaban allí eran muy jóvenes. La más joven tendría 14 años y la mayor 24. Únicamente la de 24 iba acompañada por un hombre. Además, me impactó que como pañalera la mayoría llevaban una maleta de colegio. Por el parlante constantemente llamaban al personal. En uno de los llamados mencionaron “ingeniero ambiental es solicitado en la morgue”. En ese momento sentí que esa era la historia de terror más corta que había escuchado en mi vida.

El segundo llamado que me impactó fue camillero con medicamentos a la sala de partos. Nadie llegó a la sala y después de unos minutos la enfermera salió y al camillero que pasaba le pidió los medicamentos. El camillero de manera displicente le respondió que iba a estar difícil porque el sistema estaba caído y no podían sacar así los medicamentos. Esto me impactó, la burocracia claramente era más importante que el dolor, el frío, el hambre, todo. Las mujeres eran lo último.

Finalmente, lo que ya me pareció el colmo fue que una mujer estaba sentada en la escalera. Una enfermera le dijo a la mujer con voz “tierna” [como les hablan a los niños] “mamita es que necesitamos dejar la escalera desocupada porque por aquí necesitamos pasar”. La enfermera ayudó a la mujer a pararse y la sentó en la sala de espera. Eso me pareció más el colmo porque no solo la trataba como una persona irracional o una niña, sino que el motivo para cambiarla de puesto era que necesitaban el espacio, no que la mujer estuviera en el piso y que eso le hiciera daño”¹³⁷.

¹³⁷ Notas en el Diario de campo lunes 04 de abril 2018.

Después de esta visita, todo había cobrado sentido, los médicos tenían razón. Mi experiencia parecía totalmente irrelevante y hasta buena al lado de la que tienen que vivir las mujeres en la institución pública. Y lo peor, esta situación no sorprendería a casi nadie en Colombia. Casi que resulta obvio que las instituciones privadas prestan un servicio más “humano” que las públicas. Incluso los médicos reconocen esta diferencia y trabajan activamente para disminuirla.

“La medicina es una sola, los protocolos son unos solos, las pautas basadas en hallazgos científicos son uno solo, pero la forma de aplicarlos sí varía un poco. Creo que eso ha mejorado mucho en las instituciones estatales. Siento que vamos por buen camino, se ha mejorado en temas de calidad, de procesos, se ha mejorado en temas de insumos, de oportunidad, de pertinencia y sobre todo, del cual estoy muy contento, de humanidad. Porque ahí quizás en esa parte de humanidad puede notar una mucha diferencia. Entonces claro en la Fundación Santafé¹³⁸ pues nada te hablaba por tu nombre, consideraba tu sueño, tu cansancio, tu hambre, tu tiempo, tu espera, tu frío en la habitación, consideraba la compañía de tus familiares. Empezaba a incorporar más variables que me parecen a mí que son básicas y fundamentales y que siempre deberían estar en la interacción médico paciente. Cosa que no se veía en las otras instituciones, especialmente en las instituciones gubernamentales, pero que insisto en los últimos años se ha hecho un esfuerzo para ganar terreno en esto, recuperar esas necesarias y básicas formas de interactuar con nuestras pacientes”¹³⁹.

Leí en muchas ocasiones que el aborto debía ser legalizado porque el acceso al mismo históricamente ha sido una cuestión de clase. Las élites siempre han tenido acceso a médicos dispuestos a realizar el procedimiento de forma relativamente segura, las clases populares no. En este sentido, la sentencia C355/06 representa un avance significativo para que todas las mujeres tengan la posibilidad de acceder al servicio. Sin embargo, una de las conclusiones más complejas con la que me quedo es que en Colombia la sentencia sí le dio acceso al servicio a la mayoría de las mujeres, pero las condiciones en las que estas acceden continúan siendo desiguales.

“Pero definitivamente pienso que somos una opción, una de las muy muy muy poquitas opciones que tienen las mujeres en Colombia. Somos una opción real, nosotros no estamos poniendo barreras ni nada, realmente estamos recibiendo, no importa. Ya he atendido en ese hospital pobre y feo mujeres de prepagada, yo les digo sí mira no tienes otra opción en Colombia y pues nos disculparás,

¹³⁸ El Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá es una entidad privada, “referente a nivel internacional por la calidad de su práctica médica, fundamentada en un equipo asistencial de reconocida trayectoria, en tecnología médica de punta, en la generación de conocimientos a través de la investigación y la educación médica y en su filosofía de atención humanizada y sanadora” (Fundación Santa Fe, 2021).

¹³⁹ Entrevista médico ginecobstetra 21 de marzo del 2018

pero pues esto es lo que tenemos, pero aquí te lo podemos hacer con cariño, con convicción y sobre todo con calidad y seguridad. Y como te dije no se nos ha muerto ninguna mujer”¹⁴⁰

Es preciso cerrar con cuestiones que sí o sí deben quedar claras. Primero, siempre tuve la sensación [y me quedo con eso] de que los médicos además de luchar contra la estigmatización luchan contra un sistema de salud que tiene muchos huecos. El trabajo que hacen, en las condiciones en las que lo hacen y con los pocos recursos con los que operan, es una hazaña admirable. Segundo, es imposible cerrar el trabajo en campo. Cuando te involucras en un debate tan álgido como el aborto, que rompe fronteras, no dejas de cuestionarte nunca. Aún hoy, aparecen casos y noticias que reavivan todas las emociones. Finalmente, no hay que olvidar que el aborto es legal desde el 2006 en Colombia según lo contempla la sentencia C355/06. A veces, la mejor estrategia para perder derechos es la ignorancia.

¹⁴⁰ Entrevista médico ginecobstetra 21 de marzo del 2018

Trabajos citados

- 40 Days for Life. (18 de Julio de 2015). *3rd video: Planned Parenthood reeling*. Obtenido de 40 Days for Life: <https://www.40daysforlife.com/2015/07/28/3rd-video-planned-parenthood-reeling>
- 40 Days for Life. (20 de Enero de 2019). *About overview*. Obtenido de 40 Days for Life: <https://www.40daysforlife.com/about-overview.aspx>
- 40 Días por la Vida. (17 de abril de 2017). 40 Días por la Vida Colombia. *¿Qué es 40 Días por la vida?* Bogotá.
- Ablon, J. (2002). The nature of stigma and medical conditions. *Epilepsy & Behavior*, 2-9.
- Abrams, P., Gupta, A., & Mitchell., T. (2015). *Antropología del estado*. México Df: Fondo de Cultura Económica.
- Acuerdo 0020 de 1990 por el cual se organiza el Sistema Distrital de Salud de Bogotá, Acuerdo 0020 de 1990 (Concejo de Bogotá 8 de Diciembre de 1990).
- Alcaldía de Bogotá. (19 de Diciembre de 2012). *Nuevo centro amigable de atención en salud para las mujeres*. Obtenido de Alcaldía de Bogotá: <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/nuevo-centro-amigable-de-atencion-en-salud-para-las-mujeres>
- Alcaldía de Bogotá. (10 de Noviembre de 2017). *Nuevo centro amigable de atención en salud para las mujeres*. Obtenido de <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/nuevo-centro-amigable-de-atencion-en-salud-para-las-mujeres>
- Amaya, J., Beltrán, A., Chavarro, D., Romero, G., Matallana, M. A., Puerto, S., . . . Vásquez, M. E. (2013). *Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Aretxaga, B. (2003). Maddening states. *Annual review of anthropology*, 393-410.
- Bharadwaj, P., Pai, M., & Suziedelyte, A. (2017). Mental health stigma. *Economics Letters*, 57-60.
- Bocarejo, D. (2018). Gobernanza del agua. Pensar desde las fluctuaciones, los enmarañamientos y políticas del día a día. *Revista de Estudios Sociales*, 111-118.
- Bonilla, J. (2011). Los paradigmas en la teoría jurídica. Transformaciones acerca de la interpretación sobre qué es el derecho. *Misión jurídica*, 101-115.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas: Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Brewis, A. (2014). Stigma and the perpetuation of obesity. *Social science & medicine*, 152-158.
- Buchely, L. (2014). *Activismo burocrático-las burocracias callejeras y la construcción cotidiana del principio de legalidad*. Bogotá: Doctoral dissertation, Uniandes.
- Buchely, L. (2016). Bureaucratic activism and Colombian community mothers: The daily construction of the rule of law. *Contemporary Readings in Law and Social Justice*, 196-242.
- Camelo, J. C., & Mejía, M. (2014). Inducción de asistolia fetal con cloruro de potasio como parte de la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en edad gestacional avanzada: Experiencia en un hospital público de Bogotá. *Sociedad Española de Contracepción*, 1-16.

- Castellanos, J. C. (12 de Enero de 2017). Ni hemos practicado ni haremos abortos voluntarios: director hospital San Ignacio. (B. Radio, Entrevistador)
- Chaparro, N., & Dalén, A. (2015). *No interrumpir el derecho. Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud en materia de IVE*. Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia.
- Circular externa 3, 3 (Superintendencia Nacional de Salud 29 de Abril de 2013).
- Clínica Universidad de Navarra. (05 de 01 de 2021). *Diccionario médico*. Obtenido de Clínica Universidad de Navarra: <https://www.cun.es/diccionario-medico>
- Coalición por la Vida Colombia. (15 de Noviembre de 2019). *40 Días por la Vida*. Obtenido de Coalición por la Vida Colombia: <https://www.coalicionporlavidadacolombia.com/>
- Coast, E., & Murray, S. (2016). 'These Things Are Dangerous': Understanding Induced Abortion Trajectories in Urban Zambia. *Social Science & Medicine*, 201-209.
- Cockrill, K., Upadhyay, U., Turan, J., & Greene, D. (2013). The stigma of having an abortion: development of a scale and characteristics of women experiencing abortion stigma. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 79-88.
- Código Penal Colombiano, Artículo 122 (2000).
- Constitución Política de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá.
- Dalén, A. (2011). *El aborto en Colombia. Cambios legales y transformaciones sociales*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Dalén, A. (2011). *El aborto en Colombia: Cambios legales y cambios sociales*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Dant, T. (2012). Sociology and the Moral Order. En T. Dant, *Television and the Moral Imaginary* (págs. 43-71). London: Palgrave Macmillan.
- Das, V., & Poole, D. (2008). El estado y sus márgenes. Etnografías comparadas. *Revista Académica de Relaciones Internacionales*, 1-39.
- de Zordo, S. (2012). Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Ciênc. saúde coletiva*, 1745-1754.
- Deacon, H. (2006). Towards a Sustainable Theory of Health-Related Stigma: Lessons from the HIV/AIDS Literature. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 418-425.
- Dressler, J., Maughn, N., Soon, J., & Norman, W. (2013). The Perspective of Rural Physicians Providing Abortion in Canada: Qualitative Findings of the BC Abortion Providers Survey (BCAPS). *PLOS ONE*, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067070>.
- Earnshaw, V., Smith, L., Chaudoir, S., Amico, K., & Copenhaver, M. (2013). HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: a test of the HIV stigma framework. *AIDS and Behavior*, 1785-1795.
- Ellis-Sloan, K. (2014). Teenage Mothers, Stigma and Their 'Presentations of Self'. *Sociological Research Online*, 16-28.
- Faúndes, A., Graciana, A., & Duarte, M. J. (2013). Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, S57-S59.

- Fink, L., Stanhope, K., Roachat, R., & Bernal, O. (2016). "El feto también es mi paciente": actitudes hacia el aborto y la referencia entre médicos objetores de conciencia en Bogotá, Colombia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 71-80.
- Florez, J., Atehortúa, S., & Arenas, A. (2009). Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. *Gerencia y Políticas de Salud*, 107-131.
- García, S. L., & Goldman, L. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: Resultados de una encuesta nacional. *Gaceta Médica de México*, 91-102.
- Gilbert, J., & Nugent, D. (2002). *Aspectos cotidianos de la formación del Estado*. México: Duke University Press.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores SA.
- González, A. C., & Castro, L. (2016). *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*. Bogotá: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
- Gupta, A. (2012). *Red tape: Bureaucracy, structural violence, and poverty in India*. Durham: Duke University Press.
- Gupta, A. (2012). *Red Tape. Bureaucracy, Structural Violence, and Poverty in India*. Carolina del Norte: Duke University press.
- Gupta, A., & Aradhana, S. (2008). The Anthropology of the State: A Reader. *Discourse & Society*, 262-265.
- Harris, L. (2008). Second trimester abortion provision: breaking the silence and changing the discourse. *Reproductive Health Matters*, 74-81.
- Harris, L., Debbink, M., Martin, L., & Hassinger, J. (2011). Dynamics of stigma in abortion work: Findings from a pilot study of the Providers. *Social Science & Medicine*, 1062-1070.
- Harris, L., Martin, L., Debbink, M., & Hassinger, J. (2013). Physicians, abortion provision and the legitimacy paradox. *Contraception*, 11-16.
- Hopkins, N., Zeedyk, S., & Raitt, F. (2005). Visualising abortion: emotion discourse and fetal imagery in a contemporary abortion debate. *Social Science & Medicine*, 393-403.
- Hutcherson, K. (1 de Diciembre de 2015). *A brief history of anti-abortion violence*. Obtenido de CNN International Edition: <https://edition.cnn.com/2015/11/30/us/anti-abortion-violence/index.html>
- Jagsi, R., Griffith, K., DeCastro, R., & Ubel, P. (2006). Sex, Role Models, and Specialty Choices Among Graduates of US Medical Schools in 2006–2008. *American College of Surgeon*, 345-352.
- Joffe, C. (2009). *Dispatches from the abortion wars*. Boston: Beacon press.
- Kelsen, H. (1982). *Teoría pura del derecho*. México DF: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kelsen, H. (2009). *La teoría pura del derecho*. México D.F: Editorial Porrúa.
- Kumar, A. (2013). Everything Is Not Abortion Stigma. *Women's Health Issues*, e329–e331.

- Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 625-639.
- Lang, J. (2014). The Clinicians . *The California Sunday Magazine*, <https://story.californiasunday.com/villarreal-latin-american-abortion-clinics>.
- Ley 100 de 1993 (Congreso de la República 23 de Diciembre de 1993).
- Ley 1438, 1438 (Congreso de Colombia 19 de Enero de 2011).
- Ley 1719 de 2014, 1719 (Congreso de la República 18 de Junio de 2014).
- Link, B., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 363-385.
- Link, B., & Phelan, J. (2014). Stigma power. *Social Science & Medicine*, 24-32.
- Maldonado, O. (2019). The decriminalisation of abortion in Colombia as cautionary tale. Social movements, numbers and socio-technical struggles in the promotion of health as a right. *Global public health*, 1031-1043.
- Mápura Ramírez, L. M. (2013). *La cultura jurídica en Colombia: un fenómeno que necesita actualizarse*. Bogotá: Universidad Nacional.
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y la Protección Social. (2014). *Documento técnico para prestadores de servicios de Salud. Atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad*. Bogotá: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Ministerio de Salud y la Protección Social. (2014). *Protocolo para el sector salud "Prevención del Aborto Inseguro en Colombia"*. Bogotá: de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Salud Materna*. Obtenido de Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres.: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-maternidad-elegida.pdf>
- Norman, W., Soon, J., Maughn, N., & Dressler, J. (2013). Barriers to rural induced abortion services in Canada: findings of the British Columbia Abortion Providers Survey. *PLoS One*, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067023>.
- Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J., Kavanaugh, M., De Zordo, S., & Becker, D. (2011). Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences. *Women's Health Issues*, S49-S54.
- O'Donnell, J., Weitz, T., & Freedman, L. (2011). Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work. *Social Science & Medicine*, 1357-1364.
- Ordóñez, A. (2003). *Hacia el libre desarrollo de nuestra animalidad*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Montevideo.

- Oriéntame. (20 de Diciembre de 2019). *Quiénes somos*. Obtenido de Oriéntame: <https://orientame.org.co/quienes-somos/>
- Ortiz, J. (2019). " Las tres opciones son asumir la responsabilidad, regalarlo o abortar": representaciones sociales de la continuación del embarazo, la adopción y el aborto entre adolescentes de Soacha y el suroccidente de Bogotá . *Revista Ciencias de la Salud* , 109-127.
- Pardo, C. (2006). La objeción de conciencia en la jurisprudencia de la corte constitucional colombiana. *Persona y Bioética*, 52-68.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social science & medicine*, 13-24.
- Payne, C., Debbink, M., Steele, E., Buck, C., Martin, L., Hassinger, J., & Harris, L. (2013). Why women are dying from unsafe abortion: narratives of Ghanaian abortion providers. *African journal of reproductive health* , 118-128.
- Pescosolido, B., & Martin, J. (2015). The stigma complex. *Annual Reviews*, 87-116.
- Petro, G. (11 de Abril de 2015). *Nuevo Servicio Amigable para las Mujeres en Bogotá*. Obtenido de Secretaria Distrital de la Mujer: <http://portalantiguo.sdmujer.gov.co/inicio/610-nuevo-servicio-amigable-para-las-mujeres-en-bogota>
- Prada, E., Singh, S., Remez, L., & Villareal, C. (2011). *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- Profamilia. (2017). *Informe anual de actividades*. Bogotá: Profamilia.
- Quinn, D., & Chaudoir, S. (2009). Living With a Concealable Stigmatized Identity: The Impact of Anticipated Stigma, Centrality, Salience, and Cultural Stigma on Psychological Distress and Health. *J Pers Soc Psychol*, 634–651.
- Ramírez, M. F. (Dirección). (2015). *¡ALARMANTE! Asesinan bebés en Bogotá (Compártelo)* [Película]. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=A5zGLyj0TYY>
- Ramírez, M. F. (2018). Cumplimiento Sentencia C-355 de 2006 en Bogotá. *Intervención debate Proposición 277 de 2017*, (págs. 1-13). Bogotá.
- Ramírez, M. F. (8 de Agosto de 2018). *Perfil*. Obtenido de Marco Fidel Ramírez: <http://www.marcofidelramirez.com/>
- Ramírez, M. F. (11 de Agosto de 2018). *Profamilia debe detener su campaña abortista*. Obtenido de Marco Fidel Ramírez: <http://marcofidelramirez.com/2015/06/profamilia-debe-detener-su-campana-abortista-conseja-ramirez/>
- Resolución 3280 de 2018, 3280 (Ministro de Salud y Protección Social 02 de Agosto de 2018).
- Rodríguez, L. (2008). *Derecho administrativo. General y colombiano*. Bogotá: Temis.
- Roth, A.-N. (2002). *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Aurora.
- Rozo, P., & Acosta, A. (2016). *Caracterización Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)- IPS*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

- Ruibal, A. (2014). Movement and counter-movement: a history of abortion law reform and the backlash in Colombia 2006–2014. *Reproductive Health Matters*, 42-51.
- Schabert, J., Browne, J., Mosely, K., & Speight, J. (2013). Social stigma in diabetes. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 1-10.
- Scheper-Hughes, N. (2000). Ire in Ireland 1.1 (: . *Ethnography*, 117-140.
- Schmitt, C. (1985). *La dictadura: desde los comienzos del pensamiento moderno de la soberanía hasta la lucha de clases proletaria*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sentencia 2009-00348, 00348 (Consejo de Estado 12 de Julio de 2018).
- Sentencia C-355, SEntencia C-355/06 (Corte Constitucional 10 de Mayo de 2006).
- Sentencia T-3.331.859, T-3.331.859 (Corte Constitucional Colombiana 2009).
- Sentencia T-3.331.859, T-3.331.859 (Corte Suprema de Justicia 2012).
- Sentencia T-585/10, Sentencia T-585/10 (Corte Constitucional 22 de Julio de 2010).
- Sentencia T-627, T-627 (Corte Cosntitucional 2012).
- Sentencia T-841, T-841/11 (Corte Constitucional de Colombia 2011).
- T-009/09, T-009/09 (Corte Constitucional 16 de Enero de 2009).
- Tyler, I. (2018). Resituating Erving Goffman: From Stigma Power to Black Power. *The Sociological Review Monographs*, 744-765.
- Tyler, I., & Slater, T. (2018). Rethinking the sociology of stigma. *The Sociological Review Monographs*, 721-743.
- Vivas, M. M., Valencia, S., & González, A. C. (2016). *El estigma en la prestación de servicios de aborto: características y consecuencias. Hacia la protección de los profesionales de salud*. Bogotá: Grupo Médico por el Derecho a Decidir.
- Wallhagen, M. (2010). The stigma of hearing loss. *The Gerontologist*, 66-75.
- Weber, M. (1919). La política como vocación. *Politik als Beruf* (págs. 1-27). Munich: Editorial Premia.
- Yang, L., Kleinman, A., Link, B., Phelan, J., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 1524-1535.
- Zamberlin, N. (2015). El estigma asociado al aborto como objeto de estudio: los primeros pasos en América Latina. En S. Ramos, *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia* (págs. 173-190). Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES.