

# "Puedo ser parte del cambio": personal médico en la lucha por el aborto seguro en Latinoamérica

Suzanne Veldhuis  
Coordinadora







**“Puedo ser parte del cambio”:**  
personal médico en la lucha por el aborto seguro  
en Latinoamérica

**Suzanne Veldhuis**  
Coordinadora



**“Puedo ser parte del cambio”:**  
personal médico en la lucha por el aborto seguro  
en Latinoamérica

**Suzanne Veldhuis**

Coordinadora



ECOSUR

EE  
618.88098  
P8

*Puedo ser parte del cambio : personal médico en la lucha por el aborto seguro en Latinoamérica /*  
Suzanne Veldhuis, coordinadora. - San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México: El Colegio de la  
Frontera Sur, 2025.

1 recurso digital : PDF 279 páginas : gráficas, ilustraciones ; 3 MB  
Incluye bibliografía

E-ISBN: 978-607-26546-7-9

1. Aborto seguro, 2. Cambio social, 3. Derechos humanos, 4. Atención médica, 5. Salud sexual y  
reproductiva, 6. América Latina, I. Veldhuis, Suzanne (coordinadora)

Primera edición digital, febrero de 2025

Ilustración de portada: Zaira Ávalos

Diseño, corrección de estilo y producción de ebook: Braun Ediciones

Esta publicación fue sometida a un estricto proceso de arbitraje por pares, con base en los lineamientos establecidos por el Comité Editorial de El Colegio de la Frontera Sur.

D. R. © El Colegio de la Frontera Sur  
Carretera Panamericana y Periférico Sur s/n  
Barrio María Auxiliadora, c. p. 29290  
San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México  
[www.ecosur.mx](http://www.ecosur.mx)

Este proyecto cuenta con el apoyo de Grand Challenges Canada.

CONAHCYT

Proyecto REPROMOB/AEI/10.13039/501100011033.



Grand Challenges Canada®  
Grands Défis Canada

Se autoriza la reproducción de esta obra para propósitos de divulgación o didácticos, siempre y cuando no existan fines de lucro, se cite la fuente y no se altere el contenido (favor de dar aviso: [llopez@ecosur.mx](mailto:llopez@ecosur.mx)). Cualquier otro uso requiere permiso escrito de los editores.

Hecho en México / *Made in Mexico*

*A todo el personal médico y a las y los estudiantes de medicina que se encuentran en el valiente camino hacia una medicina más humana, humilde y colectiva, y que se preguntan cuál podría ser su papel en la lucha por la justicia reproductiva y el aborto libre y seguro.*

*Acá unas ideas.*

*¡Otra medicina es posible!*





# Contenido

Agradecimientos .....	11
Prólogo .....	13
Introducción   <i>Suzanne Veldhuis</i> .....	17

## TEMA 1: INCIDENCIA

1. Incidencia política y defensoría desde la medicina *prochoice*. El caso del Grupo Médico por el Derecho a Decidir en Colombia | *Dalia Margarita Souza López y Laura Gil Urbano* .....35
2. Aportes técnicos del personal médico al desarrollo jurisprudencial de la Corte Interamericana de Derechos Humanos: estudio de los casos “Manuela” y “Guzmán Albarracín” | *Catalina Martínez Coral, Carmen Cecilia Martínez y Edward Pérez* .....63
3. *Advocacy* para el aborto seguro: médicas y médicos ginecobstetras por el cambio en Perú y Panamá | *Lisa Juanola y Daniela Pinedo Torrentera* .....83
4. Clarificación de valores: alianzas con sociedades médicas para promover una salud reproductiva basada en derechos humanos en América Latina y el Caribe | *Biani Saavedra Avendaño, Mara Zaragoza Ledesma y Guillermo Ortiz Avendaño*.....109

## TEMA 2: NUEVOS MODELOS

5. La construcción de la política pública para la atención del aborto seguro en México | *María del Pilar González Barreda, Karla Flores Celis, Susana Collado Peña, Martha Elena Leal Chávez, May Wejebe Shanahan, Adriana Pérez Arias, José Antonio Durán de la Cruz y Elvia Adriana Sereno Ramírez* .....137

6. Personal médico generalista y su rol en el acceso a abortos en Argentina   <i>Viviana Mazur y Fabián Portnoy</i> .....	161
7. “¡Qué bonito sería, si fuera así!”. Sinergias entre médicas pro derecho a decidir y acompañantes de abortos autónomos en México   <i>Suzanne Veldhuis, Georgina Sánchez Ramírez, Maribel Campos Muñuzuri y Blair G. Darney</i> .....	181

### TEMA 3: EXPERIENCIAS

8. Profesionales de la salud como agentes de cambio social y político en favor del derecho al aborto en Argentina   <i>Dalia Szulik y Nina Zamberlin</i> .....	213
9. “A pesar de que sí me siento sola, me dan ganas de seguir”. Experiencias de médicas pro derecho a decidir en México   <i>Suzanne Veldhuis, Georgina Sánchez Ramírez, Angélica Aremy Evangelista García y Blair G. Darney</i> .....	239
Autoras y autores .....	269

## Agradecimientos

Este libro es el resultado de un viaje de más de diez años que empezó en una clínica en territorio zapatista, en Chiapas, México, donde las promotoras de salud me enseñaron qué significa acompañar a un proceso de aborto. Les agradezco a ellas, las activistas y las acompañantes que me mostraron otro camino, en donde mi aporte como médica podía tomar formas más allá del consultorio. Agradezco a las médicas (y médicos) que he conocido a lo largo de este camino y con quienes comparto la visión de una medicina colectiva, humana y humilde, en búsqueda de la justicia reproductiva; y a las compañeras de la Red de Médicas por el Derecho a Decidir por formar parte de la lucha, que cada una vive de su propia manera, y por ser la inspiración para este libro.

Agradezco infinitamente a mis maestras Georgina Sánchez Ramírez y Blair G. Darney —quienes desde el inicio han formado parte de este proyecto de investigación-activismo que impulsó este libro— por su apoyo, sus enseñanzas, su estar y su amistad.

A quienes revisaron y aseguraron la calidad académica de esta obra.

A ECOSUR, en específico el Comité Editorial y la Coordinación General de Vinculación.

A las compañeras de CISIDAT, A. C., por todo el trabajo invisible que está detrás de cualquier proyecto. Sin ustedes no habría sido posible.

A Raffaella, por ser un modelo a seguir, por su generosidad y por el hermoso prólogo.

A Sharon, por ser mi cómplice, mi amiga y mi médica favorita desde el momento que pisé las tierras mexicanas.

A Alex, por ser todo esto y mucho más, compañero de vida con quien hemos creado lo más bonito de todo: Eleonora y Layla. A ellas las agradezco por su paciencia con una mamá trabajadora y activista, por su amor, por sus abrazos, por ser mi esperanza y mi vida entera.



# Prólogo

RAFFAELA SCHIAVON ERMANI, MÉDICA GINECÓLOGA,  
CONSULTORA INDEPENDIENTE EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Hablar de aborto es siempre necesario, útil e importante. Visibiliza un evento en la vida reproductiva de las mujeres y de las personas con capacidad de gestar que, a pesar de ser tan común como el embarazo, el parto y la maternidad, es invisibilizado, ignorado o estigmatizado en la conversación pública y privada, en la normatividad social y en la formación de las y los profesionales de la salud y de la procuración de justicia.

Este libro habla precisamente del aborto desde el punto de vista de las personas que acompañan a las mujeres en este proceso. Es una perspectiva relativamente novedosa, sobre todo por la amplitud y diversidad del espectro al hablar en primera persona protagonistas de diversos países de la región (Argentina, Colombia, Perú, Panamá, Centroamérica y México) desde diferentes roles profesionales, institucionales o no, públicos y privados; médicas y médicos, acompañantes, hacedores de políticas públicas, abogadas, activistas y capacitadores. Todas, personas que describen el camino que cada una de ellas ha recorrido para ser parte del cambio.

La centralidad y especificidad del enfoque es particularmente rica y valiosa, con sus tres divisiones temáticas: Incidencia, Nuevos modelos y Experiencias, que describen las aportaciones y experiencias de las y los profesionales médicos en esos ámbitos y en los diversos países de la región. Si bien las estadísticas de incidencia y morbimortalidad del aborto siguen quedando en el escenario de los diversos capítulos, como justificación de salud pública que hemos utilizado tanto —y justamente— en los últimos años, lo que sobresale aquí son las experiencias y subjetividades de estos nuevos protagonismos, de quienes han logrado ir cambiando poco a poco en estos años esas cifras, esos datos, esas vidas y esos proyectos de las mujeres, niñas y adolescentes de la región.

Nadie nace sabiendo y nadie nace activista *prochoice*. Son largos y complejos los caminos que cada quien ha recorrido para llegar a querer ser ese espacio seguro, por lo general en contra de las corrientes turbulentas que han recorrido nuestro continente en las últimas

décadas. Y cada una de las personas que hablan en este libro ha contribuido a generar una poderosa contracorriente que en Latinoamérica ha permitido ir construyendo espacios seguros en las constituciones y en las leyes, a través de batallas y litigios estratégicos, en las normas y lineamientos técnicos, en los servicios de aborto, entre las y los profesionales de la salud, en el acceso a la información y a los medicamentos, en los medios de comunicación, en las redes sociales y en la comunidad, en las miríadas de mujeres (y hombres) que acompañan a todas las mujeres y otras personas con capacidad de gestar en sus decisiones reproductivas y en sus decisiones de vida.

En este sentido, el libro representa al mismo tiempo un resultado y una oportunidad única de aprendizaje compartido entre países del continente. Esta ha sido siempre una característica muy peculiar de nuestra región, facilitada por la lengua que nos acomuna, pero no solo: también por las comunes normas sociales y culturales, por las barreras legales y comunitarias que compartimos, por modelos muy similares de educación médica, y por una larga historia de construcción colectiva de resistencias y luchas, de respuestas innovadoras, tanto espontáneas como organizadas. Me gustaría, de hecho, recordar la incansable tarea conducida a nivel regional por el Consorcio latinoamericano contra el aborto inseguro (CLACAI) en su esfuerzo por documentar, compartir y sistematizar estas experiencias de luchas colectivas.

No olvidemos que fueron las mujeres de este continente las que descubrieron el potencial abortivo del misoprostol y generaron información y manuales originales de autoayuda y de acompañamiento, desde el disruptivo librito arcoíris argentino de las Lesbianas y Feministas por la Desdiscriminación del Aborto (*Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*) y los primeros manuales sobre el uso de misoprostol de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) —presente en este libro también con su reciente proyecto de clarificación de valores (ver capítulo 4)— hasta llegar a la conformación de diversos modelos de atención en los sistemas de salud, en los servicios formales, públicos y privados, en las agrupaciones médicas por el derecho a decidir y en las innumerables redes de proveedores de servicios, médicas, médicos y acompañantes (ver capítulos 5 y 6).

Asimismo, desde esta región se generaron los aportes más críticos e interesantes en el derecho: aportes regionales en la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y aportes nacionales en sentencias históricas de las Cortes Supremas de Argentina, Colombia y México, entre otras. Han sido contribuciones esenciales a la historia de los derechos humanos, sexuales y reproductivos: el aborto inseguro no se constituye solo como

un problema de salud pública, sino como una violación grave a los derechos humanos de mujeres, niñas y adolescentes y de toda persona con capacidad de gestar; y el acceso al aborto seguro y legal se reconoce como un derecho de todas ellas y una obligación de los Estados y de los sistemas de salud. Tales aportes sustantivos no han sido fruto de generación espontánea, sino también resultado de las estrategias innovadoras de litigios estratégicos de jóvenes y perspicaces abogadas en la región, que aquí cuentan algunas de esas historias (ver capítulos 2 y 3). Pero, además, han sido resultado de las aportaciones de las y los profesionales de la salud comprometidos, que han logrado, bajo la figura de peritos expertos, generar el vínculo nodal entre la mejor evidencia científica y la interpretación jurídica del derecho en estos temas. Posteriormente, estos mismos profesionales de la salud se han vuelto agentes de cambio social y político en favor del derecho al aborto (ver capítulo 8), desde sus diferentes fronteras y ámbitos de trabajo.

Como dicen Dalia Margarita Souza López y Laura Gil: “[es] evidente la necesaria participación y acción de las y los médicos *prochoice* para defender la sentencia [constitucional] desde la práctica profesional, dentro de sus espacios de trabajo y en el accionar público y político. [...] Resulta importante su accionar en la diseminación de la información científica y técnica sobre los servicios de aborto y anticoncepción integral que amplíen los alcances de la sentencia y los impactos en la salud de las personas con capacidad de gestar y en la salud pública”. (Ver capítulo 1).

Finalmente, una aportación que considero particularmente valiosa, desde mi misma subjetividad como persona y como profesional, es la descripción de las experiencias de veinticuatro médicas pro derecho a decidir en México (ver capítulo 9). Sus voces, recogidas y analizadas a través de una lectura etnográfica feminista, nos revelan la profundidad de su compromiso, la dificultad de cumplirlo; el estigma y la violencia que las rodea, y a veces las sumerge, en sus espacios laborales y sociales; y la soledad en la que a menudo trabajan. Pero también nos cuenta la percepción tan clara de sus roles, la satisfacción de ser agentes de cambio para cada una de las personas que atienden y para la comunidad en que operan, la fortaleza que les da “pertener” y compartir en grupo, con otras colegas y compañeras. “A pesar de que sí me siento sola, me dan ganas de seguir”.

Oír este concierto de voces, en este libro, nos recuerda que la criminalización, la ilegalidad, la negación del derecho a decidir, y las barreras al aborto seguro y legal, implican un precio altísimo para las mujeres, niñas, adolescentes y todas personas con capacidad de gestar. Pero también se cobran un precio muy caro para quienes están del otro lado: las personas que sirven, que atienden, las y los servidores públicos, las y los proveedores



de servicios, las médicas, las acompañantes, las activistas. La criminalización impide la formación profesional, obstaculiza la calidad de la atención, niega la empatía, profundiza el estigma de uno y del otro lado.

Agradecemos a la coordinadora y a todos los autores y autoras por este libro. Muchos de ellos y ellas han sido colegas y compañeras de lucha desde hace muchos años. Sus voces nos dan esperanza, nos ayudan a recorrer los caminos, nos comparten experiencias y fortalezas. Y nos recuerdan que la tarea para avanzar hacia la libertad y la justicia reproductiva no termina nunca.

# Introducción

SUZANNE VELDHUIS

Este libro pretende describir, como dice el título, el aporte de personal médico a la lucha por el aborto seguro en Latinoamérica. Históricamente, el papel de la medicina hegemónica ha sido de control sobre los cuerpos de la ciudadanía, obstaculizando el acceso al aborto por libre decisión al convertir a personal médico en *gatekeepers*, en guardianes: las personas que deciden sí o no, cómo, dónde, cuándo y con quién es permitido abortar. Sin embargo, este libro busca reconocer, documentar y difundir que también hay personal médico que lucha por ampliar el acceso al aborto seguro para todas las mujeres y otras personas con posibilidad de gestar.<sup>1</sup> A través de un viaje de experiencias y aprendizajes en países diversos como Argentina, México, Colombia, Ecuador, El Salvador, Panamá y Perú, nos podemos dar cuenta de que el personal médico puede influir no solamente a través de la atención médica, sino también a través de activismo, incidencia política, testimoniales ante las cortes, acciones dentro del gremio médico y en la creación de nuevos modelos.

## UN POCO DE HISTORIA

En el siglo xx, Latinoamérica fue uno de los continentes con las leyes del aborto más restrictivas del mundo. En 1961, únicamente Cuba había legalizado el aborto durante el primer trimestre; en los demás países existían solo excepciones legales (las “causales” bajo las cuales el aborto no es punible: por ejemplo, en caso de riesgo para la vida, violencia sexual

---

<sup>1</sup> No solo las mujeres se embarazan y no todas las mujeres tienen la posibilidad de gestar. Utilizo el concepto “personas con posibilidad de gestar” para visibilizar a las personas con otras identidades, cuyos cuerpos pueden menstruar, gestar y abortar; infantes, adolescentes, hombres trans, personas no binarias, intersex o de género fluido. El reconocimiento de sus experiencias, e inclusive de su existencia, es reciente en los textos académicos y activistas sobre el aborto. Sin embargo, estas personas siempre han existido y abortado, aunque esto haya sido invisibilizado. Por lo tanto, en esta introducción se nombran en conjunto con las mujeres que abortan.

o inviabilidad fetal) con una implementación muy limitada. La ausencia de tecnologías accesibles y desmedicalizadas significaba la dependencia total del gremio médico para poder acceder a un aborto seguro. Sin embargo, los servicios públicos de aborto simplemente no existían o estaban subdesarrollados en el caso de la atención por causales. Había personal médico dentro de las instituciones públicas que garantizaba el acceso a los servicios bajo el paraguas de las causales legales (Faúndes y Hardy, 1997). Sin embargo, solían ser las excepciones, y la negación de servicios por parte de profesionales de salud era mucho más común (Briozzo y Faúndes, 2008). Por lo tanto, el papel del personal médico<sup>2</sup> como prestador de servicios públicos de aborto en Latinoamérica fue limitado y enfocado principalmente a la atención de complicaciones de abortos inseguros. Además, la atención de pacientes en situaciones de aborto solía estar permeada por la estigmatización y el maltrato (Ramos *et al.*, 2001; Briozzo y Faúndes, 2008).

Innegablemente, había médicas y médicos en el sector privado que brindaban servicios de aborto. Sin embargo, los servicios seguros eran (y hasta la fecha son) accesibles únicamente para una población específica y limitada: personas de clase media, media-alta y alta, con los recursos económicos y sociales necesarios para poder acceder a este tipo de atención (The Alan Guttmacher Institute, 1996). Estos servicios solían existir en un rango que iba desde especialistas en ginecología que realizaban la dilatación y el legrado instrumental (The Alan Guttmacher Institute, 1996), hasta clínicas de organizaciones de la sociedad civil, inclusive feministas, que buscaban hacerlo más accesible y utilizaban métodos más seguros y menos invasivos, como la aspiración por vacío (Strickler *et al.*, 2001). A decir verdad, la existencia de servicios de aborto seguro y el acceso a estos era (y es, hasta la fecha) extremadamente limitado, lo que ha afectado desproporcionalmente a las mujeres y otras personas con posibilidad de gestar que viven en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Se ha documentado ampliamente la preocupación del personal médico por las consecuencias de abortos inseguros (Faúndes y Hardy, 1997; Bernstein y Rosenfield, 1998; Rodriguez y Strickler, 1999), ya que para la década de los años 90 del siglo pasado se estimaban más de 70 000 muertes al año por esta causa en el mundo, 99 % en países en vías de desarrollo y con legislaciones restrictivas. La Organización Mundial de Salud (OMS) estimaba en 1994 que el 24 % de las muertes maternas en Latinoamérica estaban relacionadas directamente con el aborto inseguro (WHO, 1994). Al afectar principalmente a mujeres y

---

<sup>2</sup> Es importante mencionar otro tipo de personal sanitario que ha tenido y tiene un papel en la atención del aborto: parteras, personal de enfermería, personal de salud comunitaria, entre otros. No obstante, este libro se enfoca específicamente en el papel de personal médico.

a otras personas con posibilidad de gestar en condiciones de vulnerabilidad, el aborto no solamente era (y sigue siendo) un tema de salud pública, sino de acceso, equidad social y justicia reproductiva.

La preocupación por la morbilidad y mortalidad causada por abortos inseguros en el continente llevó a algunas profesionales de la salud a incidir en espacios profesionales como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), a investigar para aportar argumentos científicos a favor de la legalización del aborto, a participar en el movimiento feminista en, por ejemplo, articulaciones transnacionales como la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), a participar en organizaciones internacionales como Ipas, Planned Parenthood y sus organizaciones aliadas locales, así como a participar en espacios de toma de decisión y de influencia como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que se celebró en El Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer que se celebró en Beijing en 1995.

Sin embargo, el cambio transcendental en el mundo del aborto no provino del sector salud, sino que empezó precisamente con las mujeres y otras personas con posibilidad de gestar más excluidas, cuyos cuerpos y vidas eran atravesados de forma directa debido a las consecuencias de no poder abortar libremente, convirtiéndose en una cuestión no vinculada a sus decisiones sino a su posibilidad de acceso a un aborto seguro.

## EL CAMBIO: MISOPROSTOL

Fueron mujeres y otras personas con posibilidad de gestar, pobres y racializadas, en las favelas de Brasil, quienes en los años 80 del siglo pasado descubrieron que el misoprostol, un medicamento gástrico, podría ser utilizado para inducir un aborto (Arihla y Barbosa, 1993). Su uso diseminado dio como resultado una disminución drástica de complicaciones debido a abortos inseguros y un cambio en el tipo de complicaciones, de severas a leves, observado por el personal de salud en los hospitales, quienes empezaron a documentar estos cambios al inicio de los años 90 (Costa y Vessey, 1993; Faúndes *et al.*, 1996). La difusión de este conocimiento ocurrió inicialmente de boca en boca y posteriormente a través de redes de activistas, redes de acompañantes, líneas telefónicas y organizaciones de la sociedad civil. Como resultado, Latinoamérica fue la primera región en donde se documentó claramente una disminución de la morbilidad y mortalidad relacionada con el aborto (The Alan Guttmacher Institute, 1996). Gracias a múltiples estudios clínicos

e investigaciones, muchas realizadas en colaboración con activistas y organizaciones de la sociedad civil, se reconoce al misoprostol, solo o en combinación con la mifepristona (incluyendo la autogestión de ambos), como uno de los métodos recomendados para el aborto seguro por la OMS (OMS, 2022).

La existencia del misoprostol no solamente tuvo un impacto directo en la salud pública, sino que transformó la relación de poder entre el gremio médico y las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que deciden abortar. Al ser un medicamento que puede ser comprado en una farmacia y autogestionado sin involucrar a una persona proveedora, ni espacio hospitalario, facilita la autonomía y el empoderamiento de quienes abortan, aunque no se debe subestimar el papel del mercado y la industria farmacéutica (Belfrage, 2023). Sin embargo, por primera vez en la historia moderna no se depende de la voluntad y la existencia de personal de salud, ni de una institución, para acceder a un aborto seguro.

## SITUACIÓN ACTUAL DEL ABORTO EN LATINOAMÉRICA

Hasta la fecha, existe una relación clara entre la existencia del aborto inseguro y la criminalización: el 97 % de los abortos inseguros ocurren en países con legislaciones restrictivas (Ganatra *et al.*, 2017).

Escribir sobre el aborto en Latinoamérica es escribir sobre las contradicciones que atraviesan el continente en donde se encuentran casos de países con las legislaciones más restrictivas y retrógradas a nivel mundial, como Honduras, El Salvador, Surinam, Nicaragua, República Dominicana, Jamaica y Haití, donde el aborto no está permitido bajo ninguna condición. Sin embargo, también están los destacables casos de Cuba, uno de los primeros países del mundo en legalizar el aborto en 1961, Guyana (1995), Uruguay (2012), Argentina (2020) y Colombia (2022); así como en la Ciudad de México (2007) y varios otros estados de ese país (2019-2024). En Chile, se logró convertir una prohibición total en un sistema de tres causales en el 2017. Hasta la fecha, ningún país ha eliminado por completo el delito del aborto de su Código Penal. Se trata de despenalizaciones parciales, en Argentina y en varios estados mexicanos en el primer trimestre, y en Colombia hasta las veinticuatro semanas. Para edades gestacionales posteriores a estos límites se sigue utilizando el sistema de causales, al igual que en otros países de la región. El acceso a servicios de aborto legal bajo estas condiciones suele ser limitado (GIRE, 2017; Küng *et al.*, 2018; Vacarezza, 2023). También hay que tener claro que

los derechos logrados necesitan ser defendidos, ya que el movimiento antiderecho todo tiempo busca revertirlos, como demuestra el ejemplo de la decisión sobre el caso *Dobbs vs. Jackson Women's Health Organization*, que eliminó el derecho constitucional federal al aborto en los Estados Unidos en 2021; la retórica y acciones del nuevo presidente ultraderechista de Argentina, Javier Milei; y el reciente retroceso en el estado mexicano de Aguascalientes, donde la derecha logró limitar la interrupción legal del embarazo a las seis semanas (AFP, 2024; Rodríguez, 2024; Vacarezza, 2023), lo que pone de manifiesto que el aborto voluntario no sale del terreno de la política de Estado, más allá de las decisiones personales de quién desea interrumpir una gestación.

Los cambios legales de los últimos años en el continente ocurrieron bajo la influencia del surgimiento de la Marea Verde en 2018 en Argentina, que significó una difusión masiva de argumentos a favor de la legalización del aborto en todo el continente más allá de la salud pública, enfocados en el aborto como derecho humano. De esta forma, había dos movimientos sociales paralelos y entrelazados que promovían, por un lado, el cambio inminente de las leyes prodecisión, y, por otro, garantizaban, de forma inmediata e independiente de la ley, un mejor acceso a abortos seguros gracias al aborto con medicamentos antes descrito.

La introducción del misoprostol ha ampliado un abanico de opciones para acceder a un aborto seguro en la región en las últimas décadas. Para las que no quieren o pueden acceder a servicios clínicos, existe un rango de opciones dependiendo del contexto; por ejemplo, comprar misoprostol en una farmacia o con otros proveedores, llamar a una línea telefónica, contactar a una *acompañante*,<sup>3</sup> u obtener el medicamento y acompañamiento a través de proveedores informales como parteras tradicionales o personal sanitario comunitario (Drovetta, 2015; Moore *et al.*, 2021; Veldhuis *et al.*, 2022a).

En cuanto a los servicios clínicos, dentro de los sistemas nacionales de salud siguen existiendo los servicios privados que ofrecen servicios de aborto a una población limitada, a veces con calidad irregular al seguir utilizando métodos obsoletos como el legrado (Juaréz *et al.*, 2019). Adicionalmente, organizaciones como MEXFAM, Profamilia, Oriéntame, ESAR y Marie Stopes, entre otras, ofrecen servicios privados de alta calidad a través del continente, usualmente con precios más accesibles. El tipo de atención también ha cambiado, ya que dejó de ser exclusivamente quirúrgico, y la aspiración manual endouterina (AMEU), que también puede ser realizada por personal de salud no-médico en el primer nivel de

---

<sup>3</sup> Las acompañantes son activistas feministas que brindan información y acompañamiento holístico antes, durante y después de abortos autogestionados fuera de contextos clínicos.

atención, está reemplazando el legrado, y se ofrece el aborto con medicamentos con diferentes niveles de autogestión dentro de los contextos clínicos (Veldhuis et. al., 2022a).

En contraste, el acceso universal a servicios de aborto en el sector público sigue lejos de haberse logrado, a pesar de ser indispensable para alcanzar una completa justicia reproductiva. La implementación de servicios en el sector público en los países con avances en la despenalización del aborto es un reto, con sus particularidades en cada país, aunque la existencia del aborto con medicamentos ha facilitado la implementación en el primer nivel de atención con un impacto positivo en los costos, recursos e insumos necesarios para poder brindar el servicio.

Se ha documentado ampliamente cómo la objeción de conciencia<sup>4</sup> se ha convertido en una de las barreras principales para el acceso a servicios de aborto dentro de las instituciones públicas a través del continente (Faúndes y Miranda, 2017; Küng *et al.*, 2021). Esta decisión personal no debería obstaculizar o retrasar el ejercicio del derecho humano a la salud, y el personal objetor tiene la obligación de referir a la persona usuaria con personal de salud no-objedor accesible (Starrs *et al.*, 2018). Tampoco debería poder declararse como objetor de conciencia una clínica, hospital o institución entera. Sin embargo, esto ocurre cotidianamente (sea legal o no), sumado al abuso de la objeción de conciencia en el caso de personal de salud que se niega a dar el servicio en el sistema público, pero sí lo brinda en sus consultorios privados (Faúndes y Miranda, 2017).

Añadido a esto, hay una serie de barreras que siguen obstaculizando el acceso a los servicios públicos, incluyendo las condiciones de quienes abortan, la falta de información, el estigma, y la discriminación y maltrato por parte de personal de salud, por mencionar algunas (Larrea *et al.*, 2021; Veldhuis *et al.*, 2022b).

Como hemos podido ver a través de este breve recorrido histórico, el papel del personal médico no ha sido totalmente positivo cuando se trata de garantizar el acceso a un aborto seguro. Regido por leyes, estigmas, creencias personales y falta de conocimiento, el gremio médico latinoamericano ha funcionado como *gatekeepers* (guardianes), limitando el acceso para la mayoría de quienes les solicitan un aborto. Aunque hoy este poder está siendo cuestionado y ya existen otras posibilidades, desmedicalizadas y autónomas, para abortar de forma segura, el gremio médico sigue teniendo un papel central cuando se trata del aborto. Entonces, ¿por qué no convertir esa autoridad en *un poder con y un poder para* y promover desde esa trinchera la justicia reproductiva?

---

<sup>4</sup> Se refiere a la negación de un servicio basado en creencias personales, morales o religiosas.

Existen ejemplos a través del continente de cómo médicas y médicos abonan a la lucha por el aborto seguro, como el garantizar servicios legales de calidad a través de interpretaciones amplias de las excepciones legales o el desarrollo de estrategias de reducción de daño (Fiol *et al.*, 2012; Küng *et al.*, 2018), la cocreación de la primera hotline (línea telefónica) en la región (Drovetta, 2015) y la colaboración de personal médico amigable con activistas feministas (Grosso y Zurbriggen, 2016). La mayoría de los estudios sobre el tema surgen de Argentina, sin embargo, inclusive en esa latitud, pocos trabajos se centran en el actuar médico en el activismo, la incidencia política o la construcción de nuevos modelos de atención. Entonces, de estas y otras experiencias y aprendizajes se trata este libro, que surge tanto de un proyecto de investigación como de mi trayectoria personal como médica feminista.

## PLANTEAMIENTO DEL LIBRO

Como médica europea, fui formada con la idea de que un aborto seguro, al ser legal, podría y tendría que ser realizado bajo los auspicios de personal de salud, preferiblemente médico. Como feminista, consideraba que el aborto era asunto de las mujeres y otras personas que abortan, y de nadie más. Fue hasta trabajar como proveedora de abortos en un contexto restrictivo en México, muy diferente a mi país de origen, que conocí las nuevas realidades previamente descritas: las posibilidades del aborto con medicamentos, las acompañantes, y sobre todo las mujeres y otras personas con posibilidad de gestar acompañadas que autogestionan sus procesos de aborto de forma integral: cómodo, económico, privado y con pleno respeto y ejercicio de su autonomía. El conocer estas experiencias me hizo cuestionar mi propia práctica y me llevó a la conclusión de que mi papel como médica en relación con el aborto no necesariamente tendría que ser a través de la atención clínica, sino que podría ocupar otros espacios, como la academia o el activismo, para aportar a la lucha por el aborto libre, seguro, sin estigmas, gratuito, legal y partiendo de las necesidades de la persona. Sin embargo, me sentía desconectada y conocía pocos ejemplos de cómo podría ser mi papel fuera de la atención. Como médicas estamos desarticuladas entre nosotras, pero también en el activismo.

Por lo tanto, en 2021 creamos con otras colegas un grupo pequeño de médicas conocidas: la Red de Médicas por el Derecho a Decidir - México, desde la necesidad de articularnos, sostenernos y representar una voz médica a favor del derecho a decidir en el debate público. Sabía que había otras médicas (y médicos) en el continente latinoamericano que



dentro de sus contextos también luchan por el derecho a decidir, sin embargo, encontré poca documentación de sus experiencias.

De esta necesidad y aprendizaje, entonces, surge este libro, que busca visibilizar cómo estamos aportando en Latinoamérica, más allá de la atención médica, para caminar hacia un mundo en donde todas las mujeres y otras personas con posibilidad de gestar puedan abortar libremente y sin riesgo. La intención fue incluir trabajos recientes e innovadores de diversos países latinoamericanos, no obstante, la escasez de investigación y documentación de los aportes de personal médico a favor del aborto, especialmente en países con contextos restrictivos, limitó la participación de más voces en esta obra. El hecho de que haya tres capítulos de México y dos de Argentina (aparte de que mi propio trabajo se ha llevado a cabo en México) refleja los avances políticos y legales en estos países. Sin embargo, es un logro poder contar con aportes de otras naciones que figuran menos frecuentemente en los textos sobre el aborto en el continente, como Ecuador, El Salvador, Perú y Panamá. El caso emblemático de Colombia tampoco pudo faltar en este libro. Al mismo tiempo, estoy consciente de que hay aprendizajes importantes de otros países como, por ejemplo, Brasil, Uruguay y Chile, y que no participaron en esta obra. Por lo tanto, espero que este libro sea solo un primer paso hacia la visibilización de cómo médicas y médicos a lo largo del continente están luchando por el aborto seguro.

La obra consta de nueve capítulos y está dividida en tres secciones temáticas: Incidencia, Nuevos modelos y Experiencias. En la primera sección se comparten experiencias de diferentes formas de incidencia en países diversos, tanto en el cambio de leyes (Capítulo 1: Colombia) como a través de las cortes (Capítulo 2: Ecuador y El Salvador), y dentro del propio gremio médico (Capítulo 3: Perú y Panamá, Capítulo 4: Latinoamérica), mostrando cómo la voz de médicas y médicos tiene un poder que puede ser utilizado e impactar a favor del derecho a decidir. La segunda sección, llamada Nuevos modelos, recopila innovadoras experiencias relacionadas con la posición de personal médico en el ecosistema del aborto, cada una con el potencial de promover la justicia reproductiva y mayor equidad desde lo institucional (Capítulo 5: México), la colaboración concreta y la formación de un gremio proderecho (Capítulo 6: Argentina), hasta una propuesta para promover la sinergia entre médicas y acompañantes (Capítulo 7: México). En la tercera y última sección se recuentan las experiencias de personal médico en relación con la lucha política (Capítulo 8: Argentina) y el ser pro derecho a decidir (Capítulo 9: México).

Así, el primer capítulo, *Incidencia política y defensoría desde la medicina prochoice. El caso del Grupo Médico por el Derecho a Decidir en Colombia*, de las autoras Dalia Margarita

Souza López y Laura Gil, tiene como objetivo la comprensión de los procesos de articulación e incidencia política de las personas profesionales de la salud en el campo de la defensa de los derechos humanos de las mujeres, a través del caso del por el Derecho a Decidir (GMDD) en Colombia, así como sus aportes e involucramiento con el movimiento Causa Justa, que derivó en la despenalización del aborto hasta las veinticuatro semanas en Colombia. El texto recupera la experiencia personal de Laura Gil, directora y cofundadora del GMDD. Sus reflexiones y anécdotas como integrante del movimiento por la despenalización del aborto en este país nos permiten entender qué la llevó a posicionarse como una activista feminista y a participar en la conformación de una agrupación de médicas y médicos *prochoice*.

En el segundo capítulo, *El personal médico ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos: estudio de los casos “Manuela” y “Guzmán Albarracín”*, presentado por Catalina Martínez Coral, Carmen Cecilia Martínez y Edward Pérez, del Center for Reproductive Rights (CRR), se expone el importante rol que puede tener el personal médico a través de su participación en los procesos legales ante la CIDH para impulsar legislaciones que protejan el derecho a decidir, a la autonomía y a la salud reproductiva. El capítulo analiza el potencial de los peritajes brindados por integrantes del personal médico ante la CIDH tanto para la identificación de violaciones de derechos humanos, como para impulsar cambios estructurales contra los obstáculos al respeto y garantía de los derechos reproductivos. Para ello, el trabajo discute dos casos de estudio exitosos —el caso Manuela y el caso Guzmán Albarracín— en donde los peritajes, desde su conocimiento médico y científico, brindaron insumos fundamentales para el éxito de las estrategias de litigio de las organizaciones representantes de las víctimas. Ello permitió que se avanzara de forma exponencial en el desarrollo de los derechos humanos internacionales en conceptos tales como el secreto profesional médico y la autonomía reproductiva de niñas.

En 2018, la FIGO lanzó el Proyecto de Advocacy por el Aborto Seguro (Advocating for Safe Abortion Project, o ASAP, por sus siglas en inglés) con el objetivo de apoyar a diez sociedades de obstetricia y ginecología en la promoción de un acceso mejorado a servicios de aborto seguro y de calidad, consolidándose como líderes en salud sexual y reproductiva en sus respectivos países. En el capítulo 2, *Advocacy para el aborto seguro: médicas y médicos ginecobstetras por el cambio en Perú y Panamá*, las autoras Lisa Juanola y Daniela Pinedo Torrentera se enfocan en los resultados alcanzados por las sociedades nacionales de obstetricia y ginecología de Panamá y Perú, utilizando el método de cosecha de alcances para evaluar la relevancia y efectividad del proyecto en

cinco estrategias: fortalecimiento organizacional, creación de redes, sensibilización del aborto seguro, difusión de marcos legales y guías técnicas, y generación de evidencia. El proyecto ha reafirmado el papel fundamental de estas sociedades como líderes en salud sexual y reproductiva a nivel nacional y su contribución significativa en la promoción del acceso al aborto seguro en ambos países.

La sección finaliza con el trabajo de Ipas Latinoamérica y el Caribe (Ipas LAC): *Clarificación de valores: alianzas con sociedades médicas para promover una salud reproductiva basada en derechos humanos en América Latina y el Caribe*, de la mano de Biani Saavedra Avendaño, Mara Zaragoza Ledesma y Guillermo Ortiz Avendaño. Este capítulo documenta la colaboración, muestra los resultados, y resalta y discute los retos y oportunidades en el desarrollo y uso posterior del proyecto colaborativo “Clarificación de Valores (VCAT) en Salud Sexual y Reproductiva en América Latina con Énfasis en Países Vulnerables”, con el objetivo de sensibilizar a médicas y médicos de la región sobre derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en aborto. Las personas participantes reconocieron que los talleres VCAT les permitieron reflexionar sobre sus posturas personales y generar nuevas perspectivas y enfoques sobre los derechos sexuales y reproductivos, lo que permite concluir que la metodología VCAT tiene el potencial de contribuir al avance de la agenda de derechos humanos entre el gremio médico de América Latina y el Caribe al ser replicada en los diversos países de la región.

El capítulo 5 muestra que de 2020 a 2024 en México se buscó instalar una política integral en materia de salud sexual y reproductiva, llevándose a cabo el modelaje de Servicios de Aborto Seguro (SAS) basados en una perspectiva de derechos humanos, reconociendo al aborto como un problema de salud pública y justicia social. Este capítulo es un trabajo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) y lleva por título *La construcción de la política pública para la atención del aborto seguro en México*. En él, María del Pilar González Barreda, Karla Flores Celis, Susana Collado Peña, Martha Elena Leal Chávez, May Wejebe Shanahan, Adriana Pérez Arias, José Antonio Durán de la Cruz y Elvia Adriana Sereno Ramírez buscan documentar la experiencia de implementación de la política pública nacional en materia de aborto seguro basada en los parámetros de calidad en la atención propuestos por la OMS y esbozar algunos resultados, entre ellos, el incremento en el número de interrupciones voluntarias del embarazo,<sup>5</sup> el aumento en la disponibilidad de servicios, la participación

---

<sup>5</sup> En México, la interrupción voluntaria de embarazo (IVE) se refiere a las interrupciones realizadas en caso

de profesionales en el primer nivel de atención, y el incremento en el porcentaje de uso de tecnologías seguras en el abordaje clínico. A pesar de los avances, quedan desafíos pendientes para la implementación de este tipo de atención de manera generalizada en todo el sector, y la necesidad de dar continuidad a las acciones afirmativas en materia de política pública para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva de manera transexual, en un país como México donde cada sexenio presidencial se renuevan a las personas responsables de programas de atención pública.

En el capítulo 6 se relata cómo en los últimos veinte años Argentina transitó por un proceso de grandes avances en materia de derechos sexuales y reproductivos gracias al compromiso y la perseverancia del colectivo de organizaciones sociales que participaron en la conquista de esos derechos y, en particular, al movimiento feminista, que ha logrado hacer confluir la lucha social y democrática de las mujeres y disidencias sexuales con cada uno de los reclamos por los derechos sexuales y reproductivos. Este trabajo, titulado *Los médicos generalistas y su rol en el acceso a abortos en Argentina*, de Viviana Mazur y Fabián Portnoy (del área de la especialidad de medicina general, familiar y comunitaria de Argentina), muestra cómo, desde principios de siglo, se han conformado organizaciones y redes de mujeres y de profesionales de la salud que militan y garantizan el acceso al aborto en el sistema sanitario y que, previo a la sanción de la ley de aborto legal, ya habían aumentado considerablemente las situaciones asistidas. Para esto, fue clave la incorporación de cientos de médicas y médicos generalistas, especialidad médica de gran presencia en el primer nivel de atención. A partir de ello se observó una expansión sostenida de las respuestas a solicitudes de interrupción legal del embarazo<sup>6</sup> y un involucramiento mayor de muchas otras disciplinas integrantes de los equipos sanitarios. La Federación Argentina de Medicina General (FAMG) ha ocupado un rol de vanguardia en este proceso. Se construyó un modelo compartido de cuidados entre las organizaciones comunitarias de acompañantes y los servicios de salud; un modelo de alianza y colaboración para la garantía de derechos que permitió a las mujeres y personas con capacidad de gestar acceder al aborto de manera cuidada y segura.

Este argumento a favor de la colaboración se ve continuado en el capítulo 7: *“¡Qué bonito sería, si fuera así!” Sinergias entre médicas pro derecho a decidir y acompañantes*

---

de que el embarazo sea resultado de una violencia sexual. La IVE no tiene límite de edad gestacional. La interrupción legal de embarazo (ILE) se refiere a las interrupciones por decisión.

<sup>6</sup> En contraste con México, la ILE en Colombia y Argentina es la que se lleva a cabo en caso de violación sexual, y las IVE son las interrupciones por decisión.

*de abortos autónomos en México*, de las autoras Suzanne Veldhuis, Georgina Sánchez Ramírez, Maribel Campos Muñuzuri y Blair G. Darney, que presenta los resultados de una investigación cualitativa que explora la posibilidad de colaboraciones sinérgicas en la atención-acompañamiento entre médicas pro derecho a decidir y acompañantes de abortos autónomos en México, considerando que la conjunción de fuerzas, sectores y recursos permite lograr objetivos como el acceso a abortos seguros. La sinergia es un rasgo deseado de la colaboración, porque su existencia potencia la efectividad y el impacto de alianzas. Los datos surgen de tres talleres con un enfoque de género y salud realizados en Chiapas, Baja California y la Ciudad de México, que buscaron fomentar la sensibilización y reflexión sobre interacciones, colaboraciones y sinergia entre médicas y acompañantes. Se identificó un interés en la construcción de alianzas e ideas concretas sobre colaboraciones sinérgicas relacionadas con la atención-acompañamiento. También surgió la idea de cuidado mutuo a partir del reconocimiento de las violencias que las participantes enfrentan por ser mujeres frente al sistema patriarcal. Consideraron el combatir prejuicios y buscar el reconocimiento necesario para construir colaboraciones sororales, pues la asimetría de poder entre médicas y acompañantes es una barrera para la sinergia. Los talleres tuvieron un efecto de sensibilización que podría fomentar alianzas posteriores al acercarse a estas actoras de diferentes mundos, ya que, juntas, tienen el potencial de ser sinérgicas y facilitar el acceso a abortos seguros y hasta amorosos.

El capítulo 8, *Profesionales de la salud como agentes de cambio social y político en favor del derecho al aborto en Argentina*, de las autoras Dalia Szulik y Nina Zamberlin, analiza la experiencia de profesionales de la salud en la lucha por el aborto legal en Argentina como voz socialmente autorizada y legítima en la discusión sobre temas de salud pública, por medio de un estudio exploratorio-descriptivo y cualitativo con entrevistas en profundidad. El recorrido por las narrativas de las personas entrevistadas da cuenta de un entramado en el que se combinan los niveles micro, meso y macrosocial, entrelazando la identidad profesional que se fue construyendo a partir de cambios y transformaciones en sus vínculos con la temática del aborto, las experiencias en el sistema de salud (por ejemplo, las interacciones entre quien provee y quien usa el servicio, relaciones interpersonales con colegas de la misma y de otras disciplinas, las políticas y programas de salud, y las pertenencias a distintas organizaciones) y el compromiso social y político de estos actores.

Sabiendo que el estigma del aborto afecta a toda persona involucrada y es una barrera importante para el acceso a interrupciones seguras, el noveno capítulo, “*A pesar de que*

*sí me siento sola, me dan ganas de seguir*”. *Experiencias de médicas pro derecho a decidir en México*, de las autoras Suzanne Veldhuis, Georgina Sánchez Ramírez, Angélica Arémy Evangelista García y Blair G. Darney, explora a través de un estudio cualitativo las experiencias de médicas, tanto proveedoras como defensoras, en relación con su identidad “pro derecho a decidir” en México. Se utilizó la etnografía feminista con un enfoque interseccional propuesta por Rodó-Zarate (2021), que parte de las emociones como indicadores de las desigualdades o privilegios sociales que colocan a las personas en posiciones diversas de opresión y privilegio dependiendo del espacio contextual. A partir de entrevistas con veinticuatro integrantes de la Red de Médicas por el Derecho a Decidir (la Red) procedentes de ocho entidades —Baja California, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Hidalgo, Guanajuato, Sinaloa y Veracruz— se describe lo que reciben (violencia, aceptación, apoyo), sienten (malestares, bienestar) y cómo actúan (expresarse, renunciar, sensibilizar) en el espacio laboral, el círculo social y la Red. Las autoras encontraron que el ser pro derecho a decidir afecta negativamente, independientemente de si son proveedoras de aborto o no, y que las experiencias son influidas por otras condiciones que las atraviesan, como el género y la orientación sexual. Identificaron estrategias de resiliencia ante el estigma, como la sensibilización, el evitar la divulgación, y la renuncia o reducción del círculo social. Los espacios dedicados al aborto brindan seguridad a las proveedoras dentro de contextos laborales mayoritariamente violentos. La Red es un lugar donde las médicas encuentran apoyo, pertenencia y fortalecimiento de su actuar por el cambio social. Las autoras argumentan que es urgente un cambio social para eliminar el estigma del aborto y crear políticas públicas con enfoque de género en salud que protejan y respalden al personal médico pro derecho a decidir.

Finalmente, me gustaría expresar que este libro no pretende ser exhaustivo, y reconozco que hay muchas más experiencias y aprendizajes en todos los países del continente que no llegaron a ser compartidas aquí. No obstante, espero que, con estos ejemplos —documentados con rigurosidad científica, y con perspectiva de género, salud y derechos humanos—, la obra sea de utilidad para personas tomadoras de decisiones, sociedad civil y academia, así como de inspiración para que profesionistas médicas y estudiantes de medicina encuentren sus caminos a favor de la lucha por el aborto libre y seguro en Latinoamérica, reconociendo que son una pieza fundamental para el logro de la justicia reproductiva de la región.

## BIBLIOGRAFÍA

- AFP. (2024, 6 de marzo). Milei se declara contra el aborto en Argentina en discurso frente a estudiantes. *El Economista*. Disponible en: <https://www.economista.com.mx/internacionales/Milei-se-declara-contr-a-el-aborto-en-Argentina-en-discurso-frente-a-estudiantes-20240306-0107.html>. Consultado el 24 de septiembre de 2024.
- Arilha, M., y Barbosa, R. M. (1993). Cytotec in Brazil: 'At least it doesn't kill'. *Reproductive Health Matters* 1(2), 41-52. [https://doi.org/10.1016/0968-8080\(93\)90006-F](https://doi.org/10.1016/0968-8080(93)90006-F)
- Belfrage, M. (2023). Revolutionary pills? Feminist abortion, pharmaceuticalization, and reproductive governance. *International Feminist Journal of Politics* 25(1), 6-29. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14616742.2022.2154688>
- Bernstein, P. S., y Rosenfield, A. (1998). Abortion and maternal health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 63(S1), 115-122. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S0020-7292%2898%2900193-3>
- Briozzo, L., y Faúndes, A. (2008). The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 100(3), 291-294. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2007.09.015>
- Costa, S. H., y Vessey, M. P. (1993). Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet* 341(8855), 1258-1261. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736\(93\)91156-G/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736(93)91156-G/fulltext)
- Drovetta, R. I. (2015). Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women's access to safe abortions in Latin America. *Reproductive Health Matters* 23(45), 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.06.004>
- Faúndes, A., Santos, L. C., Carvalho, M., y Gras, C. (1996). Post-abortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol. *Advances in Contraception* 12, 1-9. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01849540>
- Faúndes, A., y Hardy, E. (1997). Illegal abortion: consequences for women's health and the health care system. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 58, 77-83. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S0020-7292%2897%2902860-9>
- Faúndes, A., y Miranda, L. (2017). Ethics surrounding the provision of abortion care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 43, 50-57. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693417300044?via%3Dihub>
- Fiol, V., Briozzo, L., Labandera, A., Recchi, V., y Piñeyro, M. (2012). Improving care of women at

- risk of unsafe abortion: Implementing a risk-reduction model at the Uruguayan-Brazilian border. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 118(S1), 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.05.006>
- Ganatra, B., Gerdts, C., Rossier, C., Johnson, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., y Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet* 390(10110), 2372-2381. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)31794-4)
- GIRE. (2017). *Violencia sin interrupción*. Disponible en: [https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/violencia\\_sin\\_interrupcion.pdf](https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/violencia_sin_interrupcion.pdf). Consultado el 24 de septiembre 2024.
- Grosso, B., y Zurbriggen, R. (2016). *Coaliciones y alianzas entre activistas feministas y el sistema de salud: Relato de una experiencia situada en pos del derecho a abortar*. Disponible en: <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/862/Coalicionesyalianzasfem..pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Consultado el 24 de septiembre 2024.
- Juarez, F., Bankole, A., y Palma, J. L. (2019). Women’s abortion seeking behavior under restrictive abortion laws in Mexico. *PLoS One* 14(12), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226522>
- Küng, S. A., Darney, B. G., Saavedra-Avenidaño, B., Lohr, P. A., y Gil, L. (2018). Access to abortion under the health exception: a comparative analysis in three countries. *Reproductive Health* 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0548-x>
- Küng, S. A., Wilkins, J. D., De León, F. D., Huaraz, F., y Pearson, E. (2021). “We don’t want problems”: reasons for denial of legal abortion based on conscientious objection in Mexico and Bolivia. *Reproductive Health* 18(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01101-2>
- Larrea, S., Prandii Assis, M., y Ochoa Mendoza, C. (2021). “Hospitals have some procedures that seem dehumanising to me”: Experiences of abortion-related obstetric violence in Brazil, Chile and Ecuador. *Agenda* 35(3), 54-68. <https://doi.org/10.1080/10130950.2021.1975967>
- Moore, A. M., Ortiz, J., Blades, N., Whitehead, H., y Villarreal, C. (2021). Women’s experiences using drugs to induce abortion acquired in the informal sector in Colombia: qualitative interviews with users in Bogotá and the Coffee Axis. *Sexual and Reproductive Health Matters* 29(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1890868>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto. Resumen ejecutivo*. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352351/9789240045767-spa.pdf>. Consultado el 24 de septiembre 2024.
- Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero, M., y Szulik, D. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿Una transición ideológica?* CEDES. Disponible en: <http://repositorio.cedes>.



- org/handle/123456789/4385. Consultado el 24 de septiembre 2024.
- Rodó-Zarate, M. (2021). *Interseccionalidad. Desigualdades, lugares y emociones*. Editorial Bellaterra.
- Rodríguez, G. (2024, 6 de septiembre). Grave retroceso en Aguascalientes. *La Jornada*. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/noticia/2024/09/06/opinion/grave-retroceso-en-aguascalientes-2990>. Consultado el 24 de septiembre 2024.
- Rodriguez, K., y Strickler, J. (1999). Clandestine Abortion in Latin america: Provider Perspectives. *Women & Health* 28(3), 59-76. [https://doi.org/10.1300/j013v28n03\\_05](https://doi.org/10.1300/j013v28n03_05)
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., Coll-Seck, A. M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z. A., Say, L., Serour, G. I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., y Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet* 391(10140), 2642-2692. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30293-9)
- Strickler, J., Heimburger, A., y Rodriguez, K. (2001). Clandestine Abortion in Latin America: A Clinic Profile. *International Family Planning Perspectives* 27(1), 34-36. Disponible en: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article\\_files/2703401.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/2703401.pdf) Consultado el 24 de septiembre 2024.
- The Alan Guttmacher Institute. (1996). *An Overview of Clandestine Abortion in Latin America*. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/ib12.pdf>. Consultado el 24 de septiembre 2024.
- Vacarezza, N. L. (2023). Abortion Rights in Uruguay, Chile, and Argentina: Movements Shaping Legal and Policy Change. *Southwestern Journal of International Law* 29(2), 309-347. <http://hdl.handle.net/11336/219392>
- Veldhuis, S., Sánchez Ramírez, G., y Darney, B. G. (2022a). Locating Autonomous Abortion Accompanied by Feminist Activists in the Spectrum of Self-Managed Medication Abortion. *Studies in Family Planning* 53(2), 377-387. <https://doi.org/10.1111/sifp.12194>
- Veldhuis, S., Sánchez Ramírez, G., y Darney, B. G. (2022b). “Sigue siendo un sistema precario”. Barreras de acceso a abortos clínicos: la experiencia de acompañantes en tres regiones mexicanas. *Cadernos de Saúde Pública* 38(4). <https://doi.org/10.1590/0102-3111xes124221>
- WHO (World Health Organization). (1994). *Abortion: a tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion*. World Health Organization.

# **TEMA 1: INCIDENCIA**



# 1. Incidencia política y defensoría desde la medicina *prochoice*. El caso del Grupo Médico por el Derecho a Decidir en Colombia

DALIA MARGARITA SOUZA LÓPEZ Y LAURA GIL URBANO

## RESUMEN

Este ensayo tiene como objetivo principal la comprensión de los procesos de articulación e incidencia política de las personas profesionales de la salud en el campo de la defensa de los derechos humanos de las mujeres, a través del caso del Grupo Médico por el Derecho a Decidir en Colombia, así como sus aportes e involucramiento con el movimiento Causa Justa, que derivó en la despenalización del aborto hasta las veinticuatro semanas en Colombia. El texto recupera la experiencia de Laura Gil, su directora y cofundadora. Para su elaboración, se llevó a cabo una entrevista a profundidad con Laura Gil, de la que se recuperan una serie de testimonios paradigmáticos. Se consultaron artículos médicos y científicos, reportes e informes elaborados por expertas del movimiento por la despenalización del aborto en Colombia, especialmente donde destacan las contribuciones del Grupo Médico. Laura Gil participó en la redacción del texto brindando su guía médica y técnica.

Sus reflexiones permiten entender el significado político de las experiencias personales-profesionales que la llevaron a posicionarse como una activista feminista de los derechos sexuales y reproductivos, y a impulsar la conformación de una agrupación pionera de médicas y médicos *prochoice*. Además, abona al reconocimiento del lugar fundamental que ocupa el personal médico y de salud en la defensa del acceso al aborto seguro y legal.

**Palabras clave:** aborto, activismo, Colombia, despenalización, medicina, *prochoice*.

## INTRODUCCIÓN

El Grupo Médico por el Derecho a Decidir en Colombia fue una de las cinco organizaciones que participaron en la elaboración y presentación de la demanda Causa Justa ante la Corte Constitucional, la cual convirtió a Colombia en el país latinoamericano más garantista de las condiciones de aborto libre y seguro en la región, de acuerdo con el Consorcio latinoamericano contra el aborto inseguro (CLACAI, 2023). La demanda que derivó en la Sentencia C-055/2022 representa una decisión histórica para las mujeres y para todas las personas con capacidad de gestar, pues amplía el derecho a interrumpir el embarazo por elección hasta las veinticuatro semanas de gestación y, después de este plazo, bajo el marco de las tres causales previamente establecidas en la Sentencia C-355/2006. Su papel como integrantes del Grupo Estratégico del movimiento Causa Justa por la eliminación del delito de aborto fue fundamental para la construcción de los argumentos científico-médicos que sostuvieron algunos de los cargos presentados dentro de esta demanda; entre sus principales aportes se encuentra el análisis sobre la violación al derecho a la libertad de profesión y oficio del personal de salud, mismo que, si bien no fue aceptado por las y los magistrados (o la Sala Plena de la Corte), marca un antecedente en la discusión profunda sobre el ejercicio de la libertad de conciencia de las personas prestadoras de los servicios de aborto.

Desde el año 2010 esta red de profesionales de la medicina trabaja colectivamente en promover y garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres y personas con capacidad de gestar en el ejercicio pleno de su autonomía y dignidad. Lo han hecho a través de la generación de conocimiento especializado que ponen a disposición de los derechos humanos de las mujeres, del Estado, de la sociedad y de la medicina. Estos materiales se han convertido en artículos académicos y de posición, pronunciamientos públicos, materiales de difusión, y fuentes para normativas, manuales, guías y protocolos oficiales. El Grupo Médico forma parte de Global Doctors for Choice, una red internacional que reúne a organizaciones y a médicas y médicos de diversos países del mundo que defienden el acceso a servicios de salud reproductiva a través de iniciativas que generan incidencia en las políticas públicas locales.

Reconocerse social y políticamente como médicas y médicos *prochoice* (defensores del aborto) implicó pasar del ejercicio personal de indignación frente a las múltiples

barreras de acceso al aborto legal y seguro que atestiguaban dentro de sus espacios laborales, al ejercicio de protección de los derechos de sus pacientes a través de la práctica profesional, y después a la búsqueda de un cambio sistémico hacia la normalización y despenalización de la interrupción del embarazo.

El caso del Grupo Médico por el Derecho a Decidir de Colombia abona a la comprensión de los procesos de articulación e incidencia política de las personas profesionales de la salud en el campo de la defensa de los derechos humanos de las mujeres, puntualmente en lo que respecta al derecho a decidir sobre una gestación. Este ensayo sistematiza la experiencia del Grupo y su involucramiento en el activismo que llevó a la despenalización del aborto en Colombia hasta las veinticuatro semanas y que continúa accionando individual y colectivamente para que la práctica médica garantice los estándares máximos de protección y respeto de los derechos fundamentales de esta población. Se enlistan las contribuciones del Grupo Médico al movimiento Causa Justa, específicamente en la construcción de los cargos que se presentaron en la demanda que derivó en la Sentencia C-055/2022.

Los orígenes del Grupo Médico por el Derecho a Decidir en Colombia están trazados a través del relato de Laura Gil, su directora y cofundadora. Su trayectoria como asesora científica, oradora, capacitadora y referente del movimiento por la despenalización del aborto para distintas organizaciones latinoamericanas e internacionales —como el Comité de Aborto Seguro de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), La Mesa por La Vida y la Salud de las Mujeres, y Fundación Oriéntame— permite entender el significado de los procesos personales y profesionales que llevaron a una ginecobstetra a nombrarse a sí misma como feminista y defensora del derecho a decidir, y a participar en la conformación de una agrupación de médicas y médicos defensores.

Se hizo una entrevista a profundidad con Laura Gil, de la que se recuperan una serie de testimonios paradigmáticos. Se consultaron artículos médicos y científicos, reportes e informes elaborados por expertas del movimiento por la despenalización del aborto en Colombia, especialmente donde destacan las contribuciones del Grupo Médico. Laura Gil participó en la redacción del texto brindando su guía médica y técnica.

## DESARROLLO

### EL ABUSO DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

#### COMO PRIMER OBSTÁCULO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA SENTENCIA C-355/2006

En 2006, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Colombia fue reconocida por la Corte Constitucional como un derecho fundamental en la Sentencia C-355/2006, despenalizando parcialmente el aborto bajo tres causales: riesgo para la vida o la salud de la mujer, malformación fetal incompatible con la vida y violencia sexual.

Laura Gil trabajaba como ginecobstetra en una clínica de servicios médicos privados en Bogotá. Recién egresada de la residencia, asumía que la nueva normativa implicaría para ella y para sus colegas “un nuevo deber”: brindar el servicio de aborto —bajo las razones no punibles— a toda persona que así lo decidiera. Pero el primer obstáculo apareció con la objeción de conciencia.<sup>1</sup> Durante la primera década posterior a la emisión de la Sentencia C-355/2006, La Mesa por la Salud y la Vida de las Mujeres<sup>2</sup> (en adelante La Mesa) identificó, documentó, caracterizó y categorizó<sup>3</sup> al menos veintitrés barreras de acceso a los servicios de IVE en Colombia. De acuerdo con su revisión, la interpretación restrictiva de marco legal por parte de las personas profesionales de la salud era uno de los obstáculos más referidos por las mujeres. Puntualmente, destacaron situaciones como: 1) la solicitud de requisitos adicionales a los contemplados por la Corte Constitucional, 2) la limitación en la prestación con fundamento en la edad gestacional, 3) el uso inconstitucional de la objeción de conciencia, y 4) la interpretación restrictiva de la causal salud (González Velez y Castro, 2017, pp. 32-38).

---

<sup>1</sup> De acuerdo con la FIGO, la objeción de conciencia es “la negativa a desempeñar un papel o asumir una responsabilidad debido a creencias personales, religiosas o morales”.

<sup>2</sup> Se define como “un espacio colectivo feminista”. Desde 1998 ha emprendido acciones para la eliminación de la discriminación y para la defensa de los derechos de las mujeres, puntualmente sobre el derecho al aborto bajo todas las circunstancias. Desarrolla acciones de activismo y generación de conocimiento en América Latina. Su trabajo a través del movimiento Causa Justa derivó en la despenalización del aborto hasta las veinticuatro semanas en Colombia.

<sup>3</sup> La Mesa propuso tres categorías de identificación y caracterización sobre las barreras de acceso a la IVE en Colombia: 1) el desconocimiento del marco legal, 2) la interpretación restrictiva del marco legal, y 3) la falla en la prestación del servicio de salud. Esta sistematización derivó en la documentación de veintitrés barreras que mostraban, por un lado, la dificultad de acceso a los servicios de IVE de manera expedita para las mujeres y, por el otro, la forma reiterada en la que las regulaciones vigentes (en ese momento) contravenían el propio sistema de salud y los derechos de las pacientes. Las organizaciones integrantes reconocen también que estos obstáculos son el resultado de casos reales a los cuales dieron acompañamiento.

En ese sentido, La Mesa reconoció que la práctica irresponsable de la objeción de conciencia estaba “erosionando las conquistas de los derechos reproductivos”, especialmente del aborto (González Vélez y Melo Arévalo, 2016, pp. 39-40). De la misma forma, la FIGO ha demostrado a través de sus investigaciones que las personas proveedoras de los servicios médicos han utilizado de manera incorrecta la objeción de conciencia en distintos contextos, incluso en países donde el aborto es legal, eximiéndose de su deber ser como profesionales. Además, ha sido precisa en manifestar que, si bien las personas proveedoras de los servicios médicos no deben ser “discriminados ni irrespetados por sus creencias”, el derecho a ejercer la objeción de conciencia es secundario al deber primario de cuidar y no prevalece sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas (FIGO, 2021).

Laura recuerda que los abortos que comenzó a atender no estaban relacionados con embarazos no deseados,<sup>4</sup> es decir, que estuviesen vinculados al ejercicio voluntario de libre elección para no llevar a término la gestación. La mayoría se trataba de situaciones extremas, como malformaciones fetales severas incompatibles con la vida extrauterina o enfermedades; escasos o nulos eran los abortos por la causal violación sexual.

### ACTIVISMO FEMINISTA DESDE LA MEDICINA

Laura Gil ha dedicado su carrera profesional como ginecobstetra al trabajo clínico y al activismo por los derechos humanos de las mujeres. Se nombra a sí misma “ginecóloga feminista” porque considera que no es suficiente hacer un trabajo individual y respetuoso de la autonomía de las mujeres que acuden con ella para atender su salud sexual y reproductiva, sino que, además, es necesario accionar colectiva y públicamente para cambiar el sistema que se encarga de las regulaciones y las políticas públicas que afectan o condicionan la autonomía de los cuerpos de las mujeres. “Yo siento que el mayor impacto de mi trabajo es a nivel social y comunitario, a través del activismo”, afirma.

A lo largo de su carrera, asegura, no ha buscado convencer a sus colegas de hacer abortos o de cambiar su posición personal, por el contrario, su objetivo ha sido educar y ayudar a reflexionar y entender —si realmente son objetores de conciencia— “cómo ejercer su objeción de conciencia sin colisionar con los derechos fundamentales de las

---

<sup>4</sup> El concepto de aborto por embarazo no deseado que utiliza Laura Gil y el Grupo Médico por el Derecho a Decidir en Colombia ayuda a explicar aquellas interrupciones que se practicaban bajo la causal salud por riesgo a la salud mental, ya que este, junto a la maternidad forzada, siempre representará un riesgo para la salud mental y social de la persona.



mujeres y sin considerarlas moralmente inferiores” (Gil, 2023, pp. 217-218). Su formación profesional estuvo marcada por un contexto social y legal de prohibición total que siempre consideró injusto, pero que también creyó inamovible, difícil de cambiar. Esta dualidad entre ser médica y activista surge en el contexto de aplicación de la Sentencia C-355/2006, tras reconocer que el alcance del ejercicio profesional de las personas prestadoras de los servicios de aborto era limitado y restrictivo. Laura estaba convencida de que desde la medicina “podía hacerse más” para la prevención del aborto inseguro y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes, pero comprendía que era necesario ampliar su conocimiento técnico-médico y jurídico sobre la interpretación y la aplicación de la normativa.

### **LA ANTESALA DE LA LABOR ACTIVISTA: UNA ENCUESTA QUE VINCULÓ**

#### **AL GREMIO MÉDICO PROCHOICE Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CAUSAL SALUD**

En opinión de Laura, el estigma y prejuicio social que acompaña al aborto y a quienes lo facilitan llevó a sus colegas a preferir no involucrarse por motivos de “imagen” y “credibilidad”; incluso, en ese momento, recuerda que quienes tenían una postura congruente con la despenalización por causales elegían no pronunciarse para evitar situaciones de conflicto dentro y fuera del hospital.

Esto hizo necesario identificar al personal médico ginecobstetra que estaba dispuesto a practicar los abortos que llegaban a la clínica. Laura le propuso a su director de departamento lanzar una encuesta interna para conocer quiénes se pronunciaban bajo la objeción de conciencia. “Ese fue mi primer pasito pequeñito en producir algún tipo de conocimiento para la incidencia política”, señala la ginecóloga.

Si bien solo pretendía alcanzar al personal de su hospital, la encuesta también fue enviada a los miembros de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) en todo el país. Los hallazgos le permitieron identificar al menos dos posturas frente al aborto:

1. El personal médico objetor de conciencia —que resultó ser casi la mitad de las personas que participaron en la encuesta.
2. El personal médico que decía ser objetor de conciencia pero que no necesariamente se adhería a la definición estricta de objeción. De tal forma que, aunque advertían que “no hacían abortos”, su postura era parcial, es decir, practicaban o no un aborto “dependiendo de las razones”; por ejemplo, podían practicar una interrupción en caso de violación, pero no por solicitud de la mujer.

Los resultados de la encuesta fueron presentados ante la comunidad médica en congresos y conferencias. Posteriormente, por invitación de un médico integrante de la junta directiva de la Fundación Oriéntame,<sup>5</sup> Laura tuvo contacto por primera vez con Cristina Villarreal,<sup>6</sup> a quien considera su “primera referente en este mundo de los derechos”:

Yo ya venía con un antecedente feminista de la universidad, había tomado una cátedra con Florence Thomas, pero había sido un acercamiento general. Cristina fue la primera persona que yo conocí que se dedicaba a defender el derecho al aborto y que me acogió.

A lo largo de su trayectoria por la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, diversas mujeres activistas y feministas —que la antecedieron en el movimiento por la despenalización total del aborto en Colombia— fueron claves para su proceso formativo —profesional y activista.

En esa época, Cristina Villarreal era directora ejecutiva de Oriéntame y en 2009, tras conocer el trabajo de Laura, la invitó para que se uniera a la fundación como ginecóloga y como asesora científica del comité médico. “Ahí me empecé a involucrar con los servicios claros de aborto, ahí fue cuando comencé a conocer el pequeño mundo de los derechos”.

Paralelamente, en 2008, La Mesa, junto a la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir y una veintena de organizaciones, personas defensoras y profesionales de diversas disciplinas en América Latina se reunieron en una iniciativa regional para debatir colectivamente y ofrecer a las y los profesionales de la medicina elementos y herramientas que les permitieran “interpretar en forma amplia e integral la causal salud”, hasta ese momento, una de

---

<sup>5</sup> La Fundación Oriéntame se creó en 1977 por el doctor Jorge Villarreal Mejía. Ofrece servicios de aborto, a través de un modelo integral de atención a mujeres y niñas, bajo los principios de respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Oriéntame cuenta con programas alternativos al embarazo no deseado, su prevención, capacitación y promoción de la salud reproductiva. A partir de 2006, tras la resolución de la Sentencia C-355, ofreció el servicio de aborto —bajo el modelo de tres causales—; posterior a la Sentencia C-055/2022 continúa garantizando el acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo hasta las veinticuatro semanas, como parte del sistema mixto de interrupción (retomado de <https://orientame.org.co/quienes-somos/>).

<sup>6</sup> Psicóloga, exdirectora de las fundaciones Oriéntame y ESAR en Colombia; coautora de investigaciones sobre embarazo no deseado, aborto y decisiones reproductivas; cofundadora de CLACAI y de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Fue integrante de las juntas directivas de la NAF y del Instituto Guttmacher, la Fundación Pro-Derecho a Morir Dignamente y del comité asesor de Global Doctors for Choice en Latinoamérica (retomado de <https://causajustaporelaborto.org/pioneras/>).

las causales por la que el aborto estaba despenalizado en Colombia y en varios países de la región.

El resultado fue la publicación de un libro al que nombraron *Causal salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos* (González Vélez *et al.*, 2008). El material compendia argumentos y principios de interpretación y aplicación de la causal salud para garantizar la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, entre estos el derecho a abortar. Uno de los objetivos de este proyecto era capacitar a profesionales de la medicina y del derecho como diseminadores del conocimiento generado dentro de este libro. Por recomendación de Cristina Villarreal, Ana Cristina González,<sup>7</sup> médica feminista, cofundadora de La Mesa y líder de la Causal Salud en el país, convocó a Laura como multiplicadora de esta iniciativa para Colombia:

Yo estaba lactando, acababa de tener a mis hijos, esto era un taller fuera de Bogotá, pero dije: “yo voy, me parece lo máximo”. Eran las primeras cosas que me invitaban a hacer que no fueran del ámbito clínico. Sentía que sería una labor superimportante (y sí lo fue), pero además era diferente a todo lo que había hecho antes.

En perspectiva, explica Laura, participar en estos procesos de capacitación, impartición de talleres y seminarios marcó el inicio de su accionar como activista desde la medicina.

## EL ORIGEN DEL GRUPO MÉDICO:

### ARTICULACIÓN Y ORGANIZACIÓN POR EL DERECHO A DECIDIR

Ana Cristina González convocó a Laura a participar en un taller sobre *advocacy* (incidencia política) desde la medicina, “ahí me di cuenta de que había todo un campo que estaba siendo inexplorado y era el de los médicos *prochoice* que querían trabajar por los derechos de las mujeres”, precisa. Estas capacitaciones fueron impulsadas y financiadas por Global Doctors for Choice, la red internacional que agrupa a médicas y médicos defensores. Esta red promueve la colaboración transnacional, el intercambio de mejores prácticas y saberes entre las distintas disciplinas médicas para la promoción de los dere-

---

<sup>7</sup> Médica, máster en Investigación Social en Salud y doctora en Bioética, Ética Aplicada y Salud. Investigadora, activista, docente y experta en salud, derechos sexuales y reproductivos e igualdad de género. Ha sido consultora en la OMS, UNFPA, PNUD, ONUMUJERES y CEPAL. Ex directora nacional de Salud Pública en Colombia. Integrante de la Articulación Feminista Mercosur, fundadora del Grupo Médico por el Derecho a Decidir en Colombia y cofundadora de La Mesa (retomado de <https://causajustaporelaborto.org/pioneras/>).

chos de las mujeres, y la incidencia política para la mejora de las condiciones legislativas locales, regionales y globales en la materia. La red reconoce que el compromiso de las y los médicos con el progreso científico y las necesidades de sus pacientes les “obliga a incidir por el acceso universal a una atención de la salud reproductiva basada en evidencias” (GDC, 2015, pp. 1-3).

Entre 2009 y 2010 surgió el interés de la organización por articularse como una red global de profesionales de la salud por el derecho a decidir, cuenta Laura. Así, junto a Ana Cristina, como una de sus fundadoras en Estados Unidos, comenzaron a erigir los cimientos del Grupo Médico por el Derecho a Decidir. Estaban seguras de que era “imposible” que en Colombia fueran “las únicas médicas *prochoice*”.

Se había vuelto algo personal, “es imposible que seamos las únicas”, me dijo, “tenemos que armar un grupo, que se vea robusto, para que sean más voces, para que seamos ‘el grupo médico’ y no Laura y Ana Cristina las médicas”.

Con esta premisa, animadas por el interés compartido de conformar un grupo de profesionales de la medicina sólido, amplio, diverso y crítico, convocaron a cada médica y médico *prochoice* que conocían en el país. A ese primer encuentro en octubre de 2010 acudieron cerca de treinta personas. Había entusiasmo y un sentido de empatía y confianza, relata Laura. Cada participante compartió las situaciones a las que se enfrentaba en su práctica médica diaria, cómo hacía frente a las barreras institucionales que impedían el acceso al aborto dentro de su lugar de trabajo, y su sentir, comúnmente de soledad, respecto a su experiencia personal en la defensa de los derechos de sus pacientes. “Encontramos muchos puntos comunes, muchas necesidades y un vacío en la voz médica en defensa de los derechos y decidimos crear el Grupo Médico por el Derecho a Decidir en Colombia”, narra Laura.

### **EL GRUPO MÉDICO: “EVIDENCIA Y CONOCIMIENTO CIENTÍFICO AL SERVICIO DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES”**

Desde su conformación en el año 2010, el Grupo Médico tuvo como objetivo contribuir a la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas con capacidad de gestar, así como promover la normalización y despenalización del acceso a los servicios de aborto, a partir de la generación de conocimiento basado en la evidencia científica y en la experiencia empírica adquirida en el día a día de la práctica clínica.

Laura explica que desde el inicio el Grupo Médico determinó que tanto su quehacer profesional y de defensa como la producción de sus materiales de difusión científica como agrupación deberían estar atravesados por cuatro pilares fundamentales: 1) enfoque en derechos humanos y ético, 2) conocimiento técnico y clínico, 3) incorporación de diversas voces y ramas de la medicina, y 4) evidencia científica.

Los temas sobre los cuales escribían surgían dentro de sus espacios de reunión o en el marco de ciertas coyunturas relacionadas con el aborto. Identificaban cuáles temas eran cruciales para la discusión y para la implementación del aborto legal y se pronunciaban al respecto.

Otra de las prioridades para el Grupo Médico desde su conformación era articularse con diversas ramas de la medicina que les permitieran aportar una mirada integral a la problemática. Si bien, confiesa Laura, al inicio la agrupación estaba constituida por una red de colegas que principalmente eran amistades y personas conocidas afines a su postura de defensa de derechos desde la medicina, el alcance masivo que trajeron consigo las redes sociales y los espacios de pronunciamiento público les permitieron llegar a muchas más médicas y médicos aliados con el movimiento dentro de todo el país. Actualmente, el Grupo Médico está integrado por 75 especialistas: siete fundadores, doce activos y el resto adherentes de siete ciudades diferentes y con diversas especialidades, entre ellas: ginecobs-tetricia, psiquiatría, salud pública y epidemiología, fisiatría, medicina interna y medicina general.

En su posición como médicas y médicos *prochoice* determinaron que sus acciones estarían destinadas a impactar directamente a tres actores de la escena pública y política de decisión e intermediación en la disputa por la despenalización del aborto en Colombia: 1) organizaciones, activistas y academia, 2) prensa, medios de comunicación y opinión pública, y 3) instituciones y personas tomadoras de decisiones.

Ser una voz médica de referencia dentro de estos espacios constituyó uno de los primeros retos para el Grupo Médico, y para ello fue necesario capacitar a sus integrantes en labores de vocería.

En 2018 lograron constituirse legalmente como una asociación sin ánimo de lucro, luego de ocho años de haber funcionado a través de un patrocinador fiscal.

Tabla 1. Acciones e impactos del Grupo Médico por el Derecho a Decidir en Colombia por objetivos y alcance de la agrupación

Objetivo de alcance	Organizaciones, activistas y academia	Prensa, medios de comunicación y opinión pública	Instituciones y personas tomadoras de decisiones
Acción	<p>Asesoría médica en casos específicos.</p> <p>Capacitación y orientación en temas médicos a compañeras activistas y organizaciones no médicas.</p> <p>Alianzas para desarrollar proyectos o emitir pronunciamientos/ conceptos técnicos.</p> <p>Conferencias, talleres y capacitaciones en diferentes espacios académicos (congresos, seminarios, entrenamientos a estudiantes de medicina).</p>	<p>Organización de momentos y espacios de difusión de temas específicos en los medios masivos.</p> <p>Vocería en medios: entrevistas en radio, televisión y prensa.</p> <p>Difusión de información científica y promoción de los derechos en redes sociales.</p>	<p>Emisión de conceptos técnicos y <i>amicus curiae</i> en casos específicos o en iniciativas legislativas a nivel nacional y regional (frente a la Corte Constitucional, el Congreso y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos).</p> <p>Participación en mesas de trabajo con los entes reguladores (Ministerio de Salud, Secretaría de Salud).</p> <p>Denuncia de situaciones anómalas que amenazan la garantía del derecho a la IVE.</p>
Impacto	<p>Estas colaboraciones posicionan al Grupo como un referente en el activismo, como voz y respuesta médica al servicio de casos y causas específicas relacionadas con el acceso al aborto legal y seguro.</p>	<p>Reconocimiento como fuente confiable y siempre disponible ante los medios de comunicación y periodistas.</p> <p>Planteamiento de un nuevo discurso, sobrio y científico, sobre los temas médicos concernientes al aborto.</p> <p>Visibilidad de las acciones y pronunciamientos del Grupo Médico.</p>	<p>Publicación de un manual para realizar peritajes médicos con enfoque de derechos humanos.</p> <p>Participación activa en la elaboración del protocolo nacional de Prevención del Aborto Inseguro y del capítulo de IVE de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal.</p> <p>Disponibilidad continuada de medicamentos básicos para el aborto (mifepristona y misoprostol).</p>

Fuente: elaboración propia.

## UNA DECISIÓN RADICAL: “LA CAUSA JUSTA”

Junto a La Mesa, el Grupo Médico por el Derecho a Decidir en Colombia acompañó y participó de las acciones de vigilancia, capacitación e implementación de las causales establecidas en la sentencia de 2006. Su “norte”, menciona Laura, era “llegar a que todas las mujeres tuvieran acceso a un aborto, que no hubiera barreras y que se entendiera que todas tenían derecho bajo esas causales”. Sin embargo, la realidad era otra. Para 2018, el movimiento estimó que en Bogotá, la capital del país, apenas un 10 % de los abortos que estaban sucediendo se practicaban legalmente, la mayoría bajo la causal salud, mientras que, en las ciudades más pequeñas y apartadas, no había acceso al aborto y, si lo había, era en casos extremos, con renuencia y muchas dilaciones.

El acceso era mínimo, las barreras eran gigantes y la arbitrariedad con la que se manejaba la ley era terrible. Había mucha inequidad; la mujer que se sabía la ley, la mujer que tenía educación, la que tenía dinero o información para ir a Oriéntame (por ejemplo) o exigir su derecho, podía abortar sin ningún problema. Las mujeres más vulnerables, las migrantes, ni siquiera sabían que tenían derecho a un aborto dentro del sistema de salud, ni siquiera lo buscaban y si lo buscaban les iba muy mal.

Luego de un profundo análisis, La Mesa concluyó que el problema de base era la criminalización de la práctica del aborto vinculada a su dualidad como crimen y derecho, una situación que generaba: 1) confusión entre la comunidad médica que elegía no practicarlos para evitarse problemas, y 2) estigma hacia quienes estaban llevándolos a cabo, ya que la interpretación generalizada era que estaban haciendo “algo legal pero ilegal”.

Esa dualidad entre crimen y derecho era absurda, era muy difícil de manejar, creaba barreras, creaba miedo, maniataba a los médicos porque por más que tuvieran una buena intención, pocos se arriesgaban a ir a la cárcel o a terminar en un juicio. Eso nunca pasó, pero el temor era real.

Durante quince años, reconoce La Mesa, su propuesta de interpretación de las causales produjo un efecto pedagógico del derecho a abortar y permitió que las personas administradoras de este servicio —entre ellas médicas y médicos— adoptaran una interpretación amplia e integral de las causales; no obstante, este modelo había dejado “claros sus límites” (González Vélez y Melo Arévalo, 2019, p. 20).

No había más intenciones de negociar libertad y autonomía solo por “equis número de semanas” o de pedir “favores” ante la flagrante urgencia de derechos. Así recuerda Laura el surgimiento del movimiento Causa Justa.<sup>8</sup> Una propuesta radical que como piedra angular buscaba la eliminación total del aborto como un crimen dentro del Código Penal, sin excepción, y “como un avance para las mujeres, para la sociedad y para la democracia”.

Nosotras pedíamos aborto libre y punto, no hasta determinadas semanas. Eso es dar un salto gigante. Que el aborto fuera eliminado del Código Penal y que el aborto voluntario dejara de ser un delito para pasar a ser regulado como cualquier otro servicio de salud.

Su proyecto de despenalización implicaba “más que eliminar la pena”. Sugería “eliminar el uso del poder punitivo del Estado en cualquiera de sus formas para limitar el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres” (González Vélez y Melo Arévalo, 2019, pp. 16-17), “desestigmatizar el aborto” asumiendo que esta ha sido una práctica ancestral de las mujeres, “despenalizarlo socialmente”, puesto que es un derecho legítimo en función, y “liberalizarlo” para que cada mujer pudiera ser libre de llevarlo a cabo sin ser criminalizada.

### EL GRUPO ESTRATÉGICO

A sabiendas de la apuesta disruptiva que se estaba gestando, narra Laura, La Mesa consideró importante apostar por un proyecto colectivo, capaz de producirla, desarrollarla y sostenerla. La iniciativa terminó por reunir a noventa organizaciones vinculadas al activismo feminista, a la academia, a la prestación de los servicios de salud y al derecho. La propuesta concebía una estrategia integral y comprensiva que tocara todos los puntos necesarios para llegar al fin último, que era eliminar el delito de aborto, explica Laura. Su premisa era iniciar una nueva conversación en el país, un debate como mecanismo de reflexión para la sociedad civil, congresistas, magistrados y magistradas, periodistas, medios de comunicación, profesionales de la salud, organizaciones, movimientos sociales y a otras expresiones del movimiento feminista.

No se trataba de un nuevo debate entre quienes estaban de acuerdo y quienes no; esta nueva discusión planteaba la construcción de nueva información basada en evidencia empírica y científica, respaldada por voces diversas con autoridad y que fuera capaz de

---

<sup>8</sup> Causa Justa es una iniciativa de La Mesa. Surgió en 2017 y en 2019 logró consolidarse como un movimiento para la despenalización total del aborto en Colombia dentro del Código Penal.



aportar nuevas miradas a los discursos “que históricamente han sido potestad de algunos sectores de la sociedad que han excluido, sin razón, a más de la mitad de la población” (González Vélez y Melo Arévalo, 2019, pp. 10-11).

Dijimos “ya no más debates de a favor y en contra”, esos pertenecen a la esfera personal. No queríamos convencerlos, queríamos demostrar por qué era un delito injusto y un deber del Estado prevenir los daños que causaba.

Uno de sus resultados fue la publicación del libro *Causa Justa. Argumentos para el debate sobre la despenalización total del aborto en Colombia* (González Vélez y Melo Arévalo, 2019). El material compendia más de noventa argumentos que demuestran por qué es necesario eliminar el aborto del Código Penal. Los resultados de este trabajo sirvieron como base para la presentación de la demanda Causa Justa, que tres años después derivó en la Sentencia C-055/2022 y en la despenalización del aborto hasta las veinticuatro semanas.

Para lograrlo, Causa Justa decidió crear al interior del movimiento un grupo estratégico<sup>9</sup> integrado por cinco organizaciones que no solo participaron en la construcción de estos argumentos, sino que, además, fueron las encargadas de presentar la demanda Causa Justa ante la Corte Constitucional. El Grupo Médico por el Derecho a Decidir en Colombia fue una de ellas.

Cuando a nosotras nos convocaron como Grupo Médico dijimos que sí. Aquí no hubo dudas, porque desde el punto de vista médico sabíamos que era una necesidad, independientemente de lo difícil que pareciera en el aspecto jurídico.

Laura explica que el papel del Grupo Médico dentro de esta estrategia fue establecer lazos con otras organizaciones médicas, como la FECOLSOG, agrupación nacional que reúne a especialistas en obstetricia y ginecología en toda Colombia, pero también continuar generando conocimiento y argumentos para ponerlos al servicio del movimiento. Recuerda la emoción de sentirse honradas: formar parte del Grupo Estratégico significaba un reconocimiento único a su labor, pero también una gran responsabilidad, “conscientes de que estábamos aportando un elemento único que solo nosotras podíamos añadir”, afir-

---

<sup>9</sup> El Grupo Estratégico estaba encabezado por: 1) La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2) Católicas por el Derecho a Decidir, 3) Centro de Derechos Reproductivos, 4) Women’s Link Worldwide, y 5) Grupo Médico por el Derecho a Decidir.

ma. Cada organización ofrecía un enfoque único al debate, así como al análisis y la construcción de nuevos conocimientos: el social, representado por Católicas por el Derecho a Decidir y el Centro de Derechos Reproductivos; el jurídico regional e internacional y el litigio estratégico liderado por Women’s Link; la incidencia política abanderada por La Mesa —pionera del movimiento—; y el enfoque de la salud, este último a cargo del Grupo Médico. A decir de Laura, “se pensó así para que no fuera solo una acción jurídica”.

### **APORTES DEL GRUPO MÉDICO AL GRUPO ESTRATÉGICO DE LA CAUSA JUSTA**

El movimiento Causa Justa trazó cinco líneas de trabajo sobre las cuales cada organización integrante participó generando aportes específicos o contribuyendo con su experiencia en aspectos puntuales, según fuera requerido. Las líneas planteadas fueron:

1. Producción de conocimiento a través de la formulación de argumentos e investigación.
2. Educación y diseminación de información sólida.
3. Estrategia de comunicación, prensa y movilización en la calle.
4. Monitoreo permanente de personas e instituciones tomadoras de decisiones.
5. Estrategia jurídica.

Los aportes del Grupo Médico se sostuvieron sobre cada uno de estos ejes, sin embargo, Laura asegura que su trabajo principal fue “aportar todos los argumentos desde la salud pública y el punto de vista médico sobre por qué el aborto no debía ser un crimen”.

### **Línea 1. Producción de conocimiento a través de la formulación de argumentos e investigación**

En esta línea de trabajo, el Grupo Médico abonó al desarrollo de conocimiento en tres argumentos principales:

- a) Impacto del aborto seguro sobre salud pública.
- b) Libertad de oficio y profesión.
- c) Límites de edad gestacional.

#### ***a) Impacto del aborto seguro sobre salud pública***

En ese momento, poco se hablaba sobre el impacto positivo que el aborto seguro tenía en los indicadores de salud pública, explica Laura; en su lugar, la tendencia era evidenciar los efectos adversos y lesivos del aborto inseguro. El Grupo Médico identificó que cambiar la narrativa era urgente. Lo consiguieron haciendo uso de la tecnología, la información, la ciencia y la evidencia.

Utilizaron la herramienta virtual gratuita Impact 2.<sup>10</sup> Se trata de un modelo matemático basado en la información sociodemográfica de los países que calcula el impacto de los servicios de salud sexual y reproductiva sobre algunos indicadores de salud pública. De esta manera podían evidenciar cuáles eran los resultados positivos de los servicios de aborto seguro provistos como organizaciones en beneficio de la salud pública del país. Laura había hecho un trabajo semejante para la fundación Oriéntame años antes, así que con esta referencia comenzaron a hacer los primeros cálculos.

Como base tomaron los registros que tenían sobre los abortos brindados en los últimos doce años por la fundación Oriéntame, cuya cifra alcanzaba los 60 000. Las características de estos servicios de interrupción del embarazo, precisa Laura, se enmarcaron sobre condiciones legales y fueron brindados bajo un modelo integral y acompañados de asesoría anticonceptiva, lo que suponía mejores resultados para los indicadores. Sus hallazgos evidenciaron que los casi 60 000 abortos evitaron la muerte de siete mujeres, la pérdida de 417 años de vida saludable (AVISAS) y se ahorraron más de 1 300 millones de pesos colombianos<sup>11</sup> al sistema de salud (Gil, 2023, p. 234-236).

Esta fue la semilla del conocimiento, añade Laura. Para demostrar el alcance de estos impactos, hicieron un ejercicio hipotético que suponía el acceso libre, legal y seguro del aborto en el país, de manera similar a como lo había brindado Oriéntame al interpretar la ley de manera consistente con la jurisprudencia que ya existía.

Lo hicieron con las estimaciones anuales de aborto. La cifra, que alcanza los 400 000 abortos al año —que sería igual a cuatro millones de abortos en el mismo periodo de tiempo— se hubiese traducido en el ahorro de 36 000 AVISAS y el no gasto de 135 000 millones de pesos colombianos<sup>12</sup> en atención a complicaciones del aborto inseguro. Si este escenario hipotético hubiese sido real “570 mujeres que ya no están hoy con nosotros no habrían muerto”, sentencia Laura.

El argumento que construyeron con esta información proponía que al descriminalizar el aborto y ofrecerlo como servicio integral se obtendrían beneficios para la salud pública, no solo con un impacto directo para las mujeres y personas con capacidad de gestar, sino también para la población en general, las instituciones de salud y el gasto público.

---

<sup>10</sup> Esta herramienta puede consultarse en el siguiente link: <https://www.msichoices.org/who-we-are/our-technical-expertise/impact-2/>.

<sup>11</sup> 1 300 millones de pesos colombianos equivalen a aproximadamente 314 000 USD.

<sup>12</sup> 135 000 millones de pesos colombianos equivalen a aproximadamente 33 millones de USD.

¿Cómo le demuestras esta oportunidad perdida a la Corte Constitucional de garantizar los derechos fundamentales y responde “no gracias, no quiero eso para el país”? Pienso que no le dejamos alternativa, le demostramos con cifras cómo un escenario protegía mejor a la población que otro.

Otro de los aportes a esta línea de trabajo fue la comunicación y manejo de cifras alrededor del aborto a través de un taller interno. Este proyecto surgió tras identificar que ciertos actores clave suelen requerir numeralia cuando del aborto se trata; sin embargo, tener estadísticas, bases de datos o registros de una práctica que en ese momento era en su mayoría clandestina lo hacía mucho más difícil. Este taller les permitió hacer una estimación de cuántos abortos realmente se estaban prestando de forma legal y demostraron que, en el mejor de los escenarios —que era el de Bogotá—, solo se estaban practicando un 12 % de los servicios requeridos.<sup>13</sup> Esto confirmaba sus sospechas: la despenalización por causales no estaba siendo suficiente, no alcanzaba a todas las mujeres; en especial, dejaba fuera a las más vulnerables.

De esta manera, Laura reconoce que, al interior de Causa Justa, abogadas y médicas trabajaron juntas y lograron construir argumentos sólidos en torno a las cifras para ser presentados ante la prensa, la sociedad, la propia Corte Constitucional y otras personas tomadoras de decisiones.

Tuvimos y tenemos una simbiosis entre abogadas y médicas: las abogadas se saben las dosis de los medicamentos y los métodos de aborto y las médicas recitan sentencias, leyes, todo. A las abogadas ningún médico les puede meter cuento y viceversa.

### ***b) Libertad de oficio y profesión***

Para Laura y el Grupo Médico este aporte, que se convertiría en el cuarto cargo presentado dentro de la demanda Causa Justa, marca un antecedente en la discusión pública sobre el ejercicio de la libertad de conciencia de las personas prestadoras de los servicios de aborto.

La pregunta de la que partieron fue: ¿cómo la criminalización del aborto viola el derecho a la libertad de profesión y oficio como prestadores de los servicios de salud?

---

<sup>13</sup> El dato base del total de abortos por año fue retomado de God Market, la cual calculaba que cada año en Bogotá se practicaban 117 000. Se retomaron también las cifras del Ministerio de Salud, incluidos los informes de gestión de las organizaciones Profamilia y Oriéntame.

Su planteamiento sugería que no existe una verdadera libertad de profesión y oficio cuando hay normativas o leyes que “imponen una única forma de ver la vida y una moral rectora que obstaculizan el actuar a conciencia” para quienes creen que la maternidad no puede ser impuesta. Lo anterior, señalaron, solo podría llevar a estas médicas y médicos a tomar decisiones contrarias al bienestar y autonomía de sus pacientes, así como a ir en contra de su propia ética profesional para protegerse y no sufrir las consecuencias sociales y jurídicas de la criminalización del aborto.

La criminalización del aborto, aun fuera parcial, estaba limitando la libertad de cómo ejercer la profesión médica. Cuando una ejerce la profesión médica está comprometida con unos principios de ética, uno de los cuales es el respeto a la autonomía, y cuando hay una criminalización puede que la ley me exija que no se respete la autonomía de mi paciente.

En el análisis del cargo por la presunta vulneración del derecho a la libertad de profesión y oficio del personal de salud, la Corte Constitucional refiere que el argumento es claro, pero “carece de certeza” (Corte Constitucional de Colombia, 2022). No obstante, las y los magistrados sí reconocieron que la criminalización del aborto viola la libertad de conciencia de las mujeres, como sujetas activas del derecho y en el ejercicio de su autonomía reproductiva.

Es cierto que no funcionó ese cargo de la libertad de profesión y oficio, pero la corte sí reconoció que esto tiene que ver con un ejercicio de conciencia. No es diferente para quienes pensamos que no nos es posible —teniendo el conocimiento y la capacidad— abandonar a una persona a su suerte cuando cursa con embarazo no deseado y ha decidido abortar.

Tanto para la ginecóloga como para el Grupo Médico, aunque la corte no aceptó el cargo, la libertad de oficio y profesión en la prestación de los servicios de aborto “tiene que ver con la libertad de conciencia —ahora reconocida por la Corte Constitucional—”, puesto que es desde esta que se ejerce la práctica profesional.

Cuando yo decido que en mi práctica voy a prestar todo el espectro de los servicios médicos a mis pacientes, desde anticoncepción hasta aborto, desde parto a menopausia, lo estoy haciendo a conciencia, pero si la ley me dice “no, tú le puedes prestar unos y otros no” me están obligando a actuar en contra de mi conciencia.

El grupo coincide en que el planteamiento general de la discusión sobre la libertad de profesión y oficio con base en la libertad de conciencia puede ser utilizado y robustecido en otros países de América Latina para abonar a las discusiones sobre la despenalización del aborto.

### *c) Límites de edad gestacional*

El Grupo Médico desarrolló un trabajo profundo de investigación basado en experiencia clínica y en evidencia científica sobre edad gestacional y aborto. El resultado fue una lista de argumentos que explicaban por qué los límites establecidos para interrumpir un embarazo en función de las semanas de gestación son arbitrarios, nocivos e injustos, ya que su determinación responde a negociaciones políticas y no a argumentos biológicos o científicos.

Llegar a la conclusión de un número determinado de semanas es una negociación política, un acuerdo entre legisladores; si el límite acordado es catorce, ¿que hay de quien ya tiene dieciséis semanas?, ¿que se muera porque no tuvo la suerte de caer en sus intereses políticos? Los límites de edad gestacional en todo el mundo corresponden a negociaciones políticas, sociales, pero nunca a argumentos biológicos o científicos.

Algunos de los puntos más importantes de esta lista, suscriben afirmaciones como las siguientes.

- Los trimestres se crearon con fines académicos, para guiar la toma de decisiones clínicas en el cuidado de las mujeres y personas gestantes.
- El crecimiento del feto o la formación fetal es progresivo y no puede establecerse un límite temporal exacto que marque una diferencia sustancial en el desarrollo fetal entre una edad y otra, ni que determine una intensidad de protección proporcional al de un ser humano ya nacido, es decir, una persona.
- Los límites son nocivos. Si se establece un límite de edad gestacional se conserva el delito. Por encima del número que establezcas va a haber un delito y el delito es problemático, crea estigmas, excluye, mantiene un problema de salud pública, porque son precisamente los abortos inseguros en edades gestacionales más avanzadas los que más causan complicaciones y muertes.
- Cuando se establece un límite quedarán fuera de la protección de la ley las mujeres en contextos de mayor vulnerabilidad y precarización.

- Los límites en la edad gestacional crean una ventana de oportunidad para los actores del sistema que están en contra del aborto. Esta situación abre la puerta a dilaciones y demoras dirigidas a superar dicho límite y tener una base legal para negar el servicio.

## **Línea 2. Educación y disseminación de información sólida**

El Grupo Médico participó activamente en esta línea de trabajo aportando su mirada desde el campo de la medicina y la salud. El Grupo siguió de cerca las discusiones que llevaron a la construcción de la nueva guía sobre aborto seguro de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de las que Laura formó parte como experta y bajo su filiación a la agrupación. Su interacción dentro de este espacio le permitió compartir su análisis profesional y técnico ampliado sobre la práctica médica en función de la experiencia colombiana y los conocimientos generados por el Grupo Médico. Constancia de ello es que entre las nuevas recomendaciones que la OMS hace a los Estados miembros en esta guía se encuentra la eliminación del delito de aborto, sin causales y sin límites de edad gestacional, elementos que coinciden con los argumentos que se promovieron en la demanda Causa Justa.

Yo estaba en cercana comunicación con el equipo de la OMS y les decía, “por favor publíquenla antes de que la Corte falle”, porque sabía que eso nos podía ayudar.

Lamentablemente, la guía fue publicada un mes después de la emisión de la sentencia en Colombia.

## **Línea 3. Estrategia de comunicación, prensa y movilización en la calle**

“Nosotras fuimos la voz médica para la prensa”, reconoce Laura sobre la participación que el Grupo Médico tuvo dentro de esta línea de acción y como parte del Grupo Estratégico de Causa Justa. Fungieron como voceras, para ello fueron capacitadas en vocería y entrenaron arduamente para saber cómo reaccionar ante las preguntas e increpaciones que podían llegar a tener durante sus participaciones en los medios de comunicación. Otra de sus contribuciones dentro de este rubro fue revisar y aportar a los contenidos y materiales que debían ser publicados en plataformas digitales y redes sociales bajo la perspectiva médica.

## **Línea 4. Monitoreo permanente de personas e instituciones tomadoras de decisiones**

Esta línea de trabajo implicó el monitoreo constante de las discusiones que surgieran den-

tro de las instituciones gubernamentales colombianas como el Ministerio de Salud, la Corte Constitucional, el Congreso, etc., en torno a la regulación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y el derecho a decidir.

Desde el punto de vista médico revisábamos todo lo que estuviera pasando alrededor de los derechos reproductivos que pudiera tener incidencia en la conceptualización del derecho al aborto.

Como la organización encargada —dentro del Grupo Estratégico— de brindar la asesoría y los conocimientos científicos, el Grupo Médico fue responsable de revisar el uso de lenguaje o de conceptos problemáticos, imprecisos, sesgados o sin sustento científico que aparecieran en las propuestas de ley o regulaciones en la materia, y emitían recomendaciones a las instancias gubernamentales para que estas llevaran a cabo las modificaciones pertinentes. Simultáneamente, el Grupo Médico estuvo involucrado en toda mesa de trabajo con entes reguladores y sumó a la producción de conocimiento en torno a la regulación única sobre el aborto en Colombia, publicada un mes después de la sentencia.

### **Línea 5. Estrategia jurídica**

El trabajo de la agrupación se suscribió a la revisión de la parte médica que planteó la demanda Causa Justa: “nos aseguramos de que fuera congruente con el lenguaje científico y médico”, y fue una de las organizaciones demandantes.

### **EL PAPEL DEL GRUPO MÉDICO**

#### **EN LA DESPENALIZACIÓN HASTA LAS VEINTICUATRO SEMANAS**

El Grupo Médico por el Derecho a Decidir en Colombia ha mantenido una postura determinante sobre la definición conceptual del aborto. Esta ha sido un eje rector y articulador para quienes deciden incorporarse a la agrupación y participar de sus acciones de incidencia.

Desde esa mirada, el aborto como concepto incorpora tres dimensiones de interpretación:

1. El aborto es una acción —no en todos los casos es un procedimiento— para proteger la salud integral —física, mental y social— de las mujeres y personas con capacidad de gestar, a través del ejercicio de su autonomía.
2. Es un servicio médico esencial que las personas profesionales de la salud están obligadas a prestar y, por lo tanto, no puede asumirse como un delito parcial o total.



3. El aborto inducido busca terminar con el proceso de embarazo con el fin de evitar la maternidad y el nacimiento de un recién nacido vivo, de acuerdo con la decisión que ha tomado sobre su cuerpo la persona embarazada.

El Grupo Médico se ha posicionado sobre el reconocimiento pleno de la autonomía de las mujeres y personas con capacidad de gestar como un derecho fundamental. Por ende, asumiendo una postura ética, científica y de derechos, no considera que exista ningún límite de edad gestacional que condicione la decisión única y personal de terminar un embarazo.

Nosotros no pensamos que el aborto tenga ningún límite de edad gestacional... Cuando media la decisión personal de terminar un embarazo, existen técnicas para cada edad gestacional documentadas, aprobadas y recomendadas, porque aunque es muy infrecuente, siempre existirán situaciones extremas que lleven a tomar la decisión en momentos avanzados de la gestación, y nuestra respuesta no puede ser evasiva y menos discriminatoria o excluyente.

En esa tesitura, y siendo congruentes con su posicionamiento como médicas y médicos a favor del derecho a decidir, reconocen que “aunque el feto tiene una vida biológica, un valor jurídico y social, este nunca tendrá el mismo valor ni la misma protección que tiene la mujer o persona con capacidad de gestar”. De esta forma, “la defensa plena de los derechos humanos fundamentales se da desde el nacimiento de un recién nacido vivo”, también sin importar la edad gestacional de este, afirma Laura. Por esta razón, como integrantes del Grupo Médico, confiaban en que la despenalización total era factible y totalmente garantista sin causales y sin límite de semanas. Laura reconoce que, desde un punto de vista crítico, la despenalización hasta las veinticuatro semanas, como lo determinó la Corte, no era lo que buscaban, puesto que esto no implica la descriminalización total del aborto como delito.

Incluso, aunque con la implementación del sistema mixto se pretendiera dar cobertura a quienes quedaran fuera del límite, manifiesta Laura: “en teoría, eso quiere decir que si una mujer tiene un aborto, tiene más de veinticuatro semanas y está fuera de las causales, entonces está cometiendo un crimen”. En opinión de Laura y del Grupo Médico, la Corte Constitucional de Colombia estableció un límite bajo un argumento “objetivo”, pero que no guarda correlación con el derecho a decidir de la mujer o persona con capacidad de gestar.

Nos da orgullo que nuestra Corte haya fallado de manera objetiva y determinado un límite menos arbitrario, con una explicación técnica, pero no estamos de acuerdo en que se establezca un límite porque no estamos de acuerdo con que exista un crimen, así sea un crimen virtual.

A decir del Grupo Médico, la explicación objetiva de las veinticuatro semanas guarda relación con la protección de la vida prenatal, ya que a partir de este periodo es cuando existen posibilidades de supervivencia extrauterina.

### EL MOMENTUM (LA PRESENTACIÓN DE LA DEMANDA) Y LOS QUINIENTOS DÍAS

“Esta era la parte en la que teníamos menos pericia como médicos”, confiesa Laura; sin embargo, como integrantes del Grupo Estratégico de Causa Justa participaron activamente en la decisión colectiva que llevó a determinar cuándo sería preciso presentar la demanda. Aunque el litigio estratégico fue para el movimiento Causa Justa solo un elemento dentro de todo un entramado de acciones integrales que llevaron a la sentencia, en esta época se volvió el eje central del proyecto. En ese momento, en la Corte Constitucional las y los magistrados se encontraban en la revisión del caso de tutela de una mujer con treinta semanas de gestación que por diversas trabas burocráticas no había conseguido acceder a los servicios de aborto, pese a cumplir con la causal salud por malformación fetal, riesgo para la vida y salud de la madre (Sarralde, 2018). Ante ello, el Grupo Médico participó en esta revisión de tutela y presentó un *amicus curiae*, exponiendo la importancia de no establecer un límite de edad gestacional. Finalmente, con seis votos contra tres, la Corte determinó que no podía establecer límites de tiempo al aborto. Según explica Laura, la resolución de la sentencia de este caso marcó un precedente único para la demanda Causa Justa en dos sentidos: 1) reafirmó el derecho al aborto y la apertura de las y los magistrados a no retroceder en esta garantía, y 2) confirmó que aun con la Sentencia C-355/2006 prevalecían las barreras para llevar a cabo la IVE, manifestó por primera vez la necesidad de hacer una revisión a la regulación y exhortó al Congreso de la República a ejercer sus facultades legislativas en materia de aborto para regular el tema de los plazos.

De forma paralela, la Corte había rechazado como improcedente e inepta la demanda de inconstitucionalidad que buscaba penalizar nuevamente el aborto. Estos antecedentes habían configurado un *momentum* ideal dentro de la Corte. “Si no es ahora, ¿cuándo?”, fue la frase que antecedió la decisión colectiva. Y es que, aunque había opiniones que sugerían no interponer la demanda por temor a que pasara desapercibida y fuera ignorada,

coincidieron en que el momento de los derechos de las mujeres sería “justo ahora”, pues de esperar al Estado, este nunca llegaría.

La Corte Constitucional tardó más de quinientos días en emitir una resolución. Quinientos días, dice Laura, en los que estábamos en espera activa, produciendo más argumentos y teniendo reuniones al menos dos veces a la semana para discutir sobre el avance de la decisión. En esos momentos todos los días podían ser un buen día para que las y los magistrados tomaran el caso para discutirlo, pero por razones distintas simplemente no llegaba el turno de la demanda, hasta que finalmente ocurrió. El 21 de febrero de 2022 la sesión, que nuevamente parecía ser solo para resolver elementos de forma, se convertiría en un momento histórico.

Laura se fue a su consultorio a trabajar. En su computadora dejó abierto el chat del movimiento —una costumbre habitual—. Recuerda haber comenzado a leer esos primeros mensajes que anunciaban que ese sería el día. A diferencia de otras sesiones, las y los magistrados nunca habían llegado a la discusión de fondo de la demanda. Cerca de la 1:00 p.m. dijeron que la resolución era: despenalización del aborto hasta las veinticuatro semanas.

La noticia la recibió en el momento justo, frente a una paciente de IVE que había acudido a consulta para que certificara la “legalidad” del procedimiento bajo la causal salud. Laura confiesa que nunca dejó de sentir que esto era ofensivo: tener que validar la decisión de una mujer en cuanto a ser madre o no. Aquella fue la última vez que lo hizo.

Mientras yo tenía el chat acá y veía a mi paciente, pensaba: “esta es la última vez que hago este certificado indigno, de aquí en adelante las mujeres abortan porque quieren y tienen suficientes razones”.

## CONCLUSIONES

“La labor médica nunca estará desligada de lo político”, afirma Laura. En este recorrido experiencial sobre la labor del Grupo Médico en las acciones de incidencia y pugna por la despenalización total del aborto en Colombia, a través del movimiento Causa Justa, deja en evidencia el papel que las y los profesionales de la medicina tienen dentro del sistema de salud. Incidir políticamente desde la trinchera médica puede nacer de las experiencias propias de profesionales de la salud, como en el caso de Laura, luego de atestiguar injusticias en el ejercicio de la práctica o, como lo nombra la ginecóloga, “al no poder estar en

paz con la conciencia” mientras se observa cómo leyes, protocolos, normas o enseñanzas injustas y violatorias de los derechos humanos afectan la vida de sus pacientes, al tiempo que socavan el desarrollo de su comunidad.

Asumir esta responsabilidad médica implica, además, reconocer el valor transformador y movilizador que tienen las y los profesionales en la defensa del derecho humano a la salud y, por ende, en la mejora de las políticas públicas en la materia. Laura apunta: “es reconocer que todas y todos tenemos el potencial de ser defensores de los derechos humanos”.

En ese sentido, si bien la libertad de conciencia fue un elemento fundamental del fallo colombiano con relación a la elección de la maternidad como una decisión intensamente privada y basada en la conciencia, cada una de las cuatro razones desarrolladas para sustentar que la penalización del aborto viola la libertad de profesión tiene estrecha relación con la libertad de conciencia de quienes tienen derecho a escoger y practicar su profesión. Bien vale la pena que las agrupaciones de profesionales de la salud que se posicionan a favor del derecho a decidir exploren junto a organizaciones y autoridades los argumentos presentados en la demanda que derivó en la histórica Sentencia C-055/2022 en Colombia (Corte Constitucional de Colombia, 2022), para enriquecer la lucha por la despenalización del aborto en otros países de América Latina. En tanto, se proponen cuatro argumentos claves para esta discusión:

1. La existencia del delito y de causales pone un peso desproporcionado en las personas prestadoras de servicios de salud al imponerles la responsabilidad de diferenciar entre un aborto legal y uno no legal bajo la amenaza de consecuencias penales en caso de que su interpretación no sea válida.
2. La penalización parcial de aborto niega a los profesionales las condiciones para la libre práctica por el temor a ser etiquetados o estigmatizados como “abortistas” o perpetradores de un posible crimen, incluso cuando el aborto se encuentre dentro de las causales, resultando, por ejemplo, en discriminación, autocensura y silencio, la marginalización de las sociedades de profesionales de la salud, el estrés psicológico y la fatiga emocional, la falta de capacitación y asistencia técnica, y el abuso del ejercicio de la objeción de conciencia como vía de escape para evitar estas consecuencias.
3. La penalización parcial da como resultado una formación y capacitación deficiente de las personas profesionales, enfrentándolas a la práctica médica real sin contar con las herramientas y conocimientos necesarios para ejercer sus funciones.

4. La penalización del aborto conlleva la alta posibilidad de que las personas profesionales se vean presionadas o inducidas a romper el secreto médico por miedo a tener consecuencias legales, actuando así de manera antiética y en contra de los mejores intereses de sus pacientes, y muy probablemente en contra de su propia conciencia.

De acuerdo con el Grupo Médico, la decisión de hacer incidencia política por el derecho al aborto implica, a nivel práctico:

- Identificar qué se quiere cambiar, sin perder de vista el plan a largo plazo y el deber ser de la práctica.
- Conocer y analizar los actores competentes en la toma de decisiones sobre los que se quiere generar cierto impacto o influencia.
- Identificar la plataforma o el lugar desde el cual se quiere participar. De esta forma, el o la profesional puede elegir ser *prochoice* a título personal, sin embargo, el potencial de su acción podría verse beneficiado por alianzas, coaliciones y sinergia con los demás.
- Crear alianzas con redes u organizaciones que mantienen objetivos específicos o afines.
- Entender a profundidad el mensaje que se busca hacer llegar; es decir, que este contenga argumentos, análisis de casos, cifras, enfoque de derechos humanos, bioética y evidencia científica, además de la capacitación en vocería para ampliar su alcance.

El trabajo de un profesional *prochoice* nunca termina, asegura Laura Gil. Esto implica comprender que las victorias, como el triunfo de la despenalización del aborto hasta las veinticuatro semanas en Colombia, no son inamovibles, incluso siendo sólidas. Asumir lo contrario podría traer resultados desastrosos y retrocesos. El fin único no es el cambio, después viene asegurar que este perdure a través del tiempo y más allá del papel. La implementación de la sentencia C-055/2022 debe ser vigilada a la luz de la sociedad civil organizada, las personas tomadoras de decisiones y las obligadas a garantizar los servicios de aborto y anticoncepción. Y es que, a un año de la implementación de la Sentencia C-055/2022, las barreras de acceso a la IVE persisten en Colombia y no son tan distintas a las documentadas antes a la determinación de la Corte Constitucional. Están relacionadas con la falta de información y reconocimiento de la sentencia, la interpretación restrictiva de lo establecido por la Corte y las fallas en la prestación del servicio. Lo que llama la atención es que estos obstáculos provienen en su mayoría del sector salud y tienen impactos diferenciados en las mujeres según su grado de vulnerabilidad (Niño Contreras

*et al.*, 2023b). Las fallas en la prestación de los servicios de salud están vinculadas a las deficiencias que prevalecen dentro de las unidades médicas y hospitales, así como a las prácticas de las y los profesionales (Niño Contreras *et al.*, 2023a).

Que prevalezcan estas barreras hace evidente la necesaria participación y acción de las y los médicos *prochoice* para defender la sentencia desde la práctica profesional, dentro de sus espacios de trabajo y en el accionar público y político. Como se evidenció, resulta importante su accionar en la diseminación de la información científica y técnica sobre los servicios de aborto y anticoncepción integral que amplíen los alcances de la sentencia y los impactos en la salud de las personas con capacidad de gestar y en la salud pública. Mientras el delito de aborto no se elimine definitivamente del Código Penal en Colombia y se regule únicamente desde la salud, el trabajo de defensoría continuará para el Grupo Médico por el Derecho a Decidir.

## BIBLIOGRAFÍA

- CLACAI. (2023). *Leyes y sombras. Regulaciones del aborto en Latinoamérica*. Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro. Disponible en: [https://leyes-y-sombras.clacai.org/?\\_gl=1\\*\\_1gif4n9\\*\\_ga\\*OTQyMTM3NDQ4LjE3MDU5NzMwMzI](https://leyes-y-sombras.clacai.org/?_gl=1*_1gif4n9*_ga*OTQyMTM3NDQ4LjE3MDU5NzMwMzI). Consultado el 18 de diciembre de 2023.
- Corte Constitucional de Colombia. (2022). Sentencia C-055. Disponible en: <https://derechoalaborto.com/conoce-las-sentencias/sentencia-c-055-de-2022/ficha-jurisprudencial-sentencia-c-055-de-2022/>. Consultado el 24 de septiembre de 2024.
- FIGO. (2021). *La objeción de conciencia: una barrera para el cuidado*. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Disponible en: [figo.org/es/%20recursos%20/%20declaraciones-figo%20/%20objeci%C3%B3n-de-conciencia-barrera-cuidado](https://figo.org/es/%20recursos%20/%20declaraciones-figo%20/%20objeci%C3%B3n-de-conciencia-barrera-cuidado). Consultado 28 de diciembre de 2023.
- GDC. (2015). *Global Doctors for Choice Plan Estratégico 2016-2020*. Disponible en: [https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/FINAL-Strat-Plan-GDC\\_FINAL\\_SHORT-SP.pdf](https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/FINAL-Strat-Plan-GDC_FINAL_SHORT-SP.pdf). Consultado el 24 de septiembre de 2024.
- Gil, L. (2023). “La mirada médica y desde la salud pública”, en A. C. González Vélez, C. Martínez Coral, M. Ardila Trujillo, L. Gil Urbano y S. Mazo Cardona, *Causa justa. Por el aborto: Voces detrás de la demanda*. Tirant lo Blanch, pp. 210-245.
- González Vélez, A. C., Ortiz-Ortega, A, y Ramos, S. (2008). *Causal Salud: interrupción del embarazo*,

- ética y derechos humanos*. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Alianza Nacional por el Derecho a Decidir. Disponible en: [https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4106/1/Causal\\_Salud.pdf](https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4106/1/Causal_Salud.pdf). Consultado el 24 de septiembre 2024.
- González Vélez, A. C., y Melo Arévalo, C. (2016). *¿Objeción de conciencia institucional? Impacto en la Prestación de Servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Segundo Seminario Regional Latinoamericano. Memorias. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Católicas por el Derecho a Decidir - Colombia, Profamilia. Disponible en: [clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/964/Memorias\\_Seminario\\_Objecion\\_de\\_Conciencia.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/964/Memorias_Seminario_Objecion_de_Conciencia.pdf?sequence=5&isAllowed=y). Consultado el 24 de septiembre 2024.
- González Vélez, A. C., y Castro, L. (2017). *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Disponible en: [https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/996/Barreras\\_IVE\\_vf\\_WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/996/Barreras_IVE_vf_WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Consultado el 24 de septiembre 2024.
- González Vélez, A. C., y Melo Arévalo, C. (2019). *Causa Justa. Argumentos para el debate sobre la despenalización total del aborto en Colombia*. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Disponible en: [despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2021/02/Argumentos\\_CausaJusta-virtual-final-1-1-1-2.pdf](https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2021/02/Argumentos_CausaJusta-virtual-final-1-1-1-2.pdf). Consultado el 24 de septiembre 2024.
- Niño Contreras, M. I., Triviño, C., y Ortiz, J. (2023a). *Balance de los 100 días del fallo histórico: ¿Cómo va la implementación de la Sentencia C-055 de 2022?* Causa Justa, Oriéntame, FOKUS, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2022/07/Balance-100-dias-1.pdf>. Consultado el 6 de enero de 2024.
- Niño Contreras, M. I., Martínez Londoño, J., y Zuleta Arboleda, E. (2023b). *Primer año del fallo histórico ¿Cómo va la implementación de la sentencia Causa Justa (C-055 de 2022)?* Causa Justa, Oriéntame, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2023/03/informe-primer-ano-del-fallo.pdf>. Consultado el 6 de enero de 2024.
- Sarralde, M. (2018). Aborto sigue sin límite de tiempo pero Corte pide a Congreso regularlo. *El tiempo*. <https://www.eltiempo.com/justicia/cortes/corte-constitucional-mantiene-el-aborto-sin-limites-de-tiempo-282466>

## 2. Aportes técnicos del personal médico al desarrollo jurisprudencial de la Corte Interamericana de Derechos Humanos: estudio de los casos “Manuela” y “Guzmán Albarracín”

CATALINA MARTÍNEZ CORAL, CARMEN CECILIA MARTÍNEZ Y EDWARD PÉREZ

### RESUMEN

El artículo analiza el potencial de los aportes técnicos o peritajes brindados por integrantes del personal médico ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos tanto para la identificación de violaciones de derechos humanos como para impulsar cambios estructurales contra los obstáculos para el pleno respeto y garantía de los derechos reproductivos. Para ello, el artículo discute dos casos de estudio exitosos —el caso “Manuela” y el caso “Guzmán Albarracín”— en donde los peritajes brindaron insumos fundamentales para el éxito de las estrategias de litigio de las organizaciones representantes de las víctimas.

**Palabras clave:** aborto legal, derechos reproductivos, incidencia, peritaje, personal médico.

### INTRODUCCIÓN

El presente capítulo tiene como objetivo visibilizar el impacto que pueden tener los peritajes médicos en la protección de los derechos a la autonomía y salud reproductiva. En un contexto en el que progresivamente el litigio se ha transformado en una herramienta cada vez más importante para alcanzar cambios sociales, asegurar que la experticia médica sea tomada en cuenta por jueces y juezas resulta fundamental para asegurar que sus fallos sean acordes con los más altos estándares de la ciencia y la ética médica.



En el presente capítulo se presentarán dos casos de estudio paradigmáticos de peritajes rendidos ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) que fueron influyentes para avanzar en los derechos a la autonomía y salud reproductiva, particularmente el derecho a la autonomía como herramienta para prevenir la violencia sexual y la garantía del secreto profesional médico como medio para prevenir la criminalización de mujeres por emergencias obstétricas y otros procesos reproductivos. Los resultados de la investigación visibilizan algunas características comunes que contribuyeron al éxito de los peritajes, tales como la amplia experticia de quien elaboró el peritaje, el análisis riguroso del expediente médico del caso, y el conocimiento del contexto dentro del cual se circunscribe el hecho individual, entre otros. Estos hallazgos contribuyen a la literatura sobre la prueba ante la CIDH, reflejando la necesidad de incorporar el componente científico para alcanzar litigios exitosos con impacto, lo cual beneficia no solo a este caso en concreto sino a la salud pública en general.

## JUSTIFICACIÓN

El litigio estratégico ante la CIDH ha sido una herramienta fundamental para lograr materializar un impacto transformador sobre la sociedad, con miras a profundizar en la democracia y el estado de derecho (Krsticevic, 2020; Von Bogdandy, 2020). En el ámbito de los derechos a la autonomía y salud reproductiva, la CIDH ha impulsado cambios estructurales a través de sus precedentes, tanto en el desarrollo de estándares vinculantes para los Estados parte de la Convención Americana sobre Derechos Humanos como en el diseño de reparaciones que subsecuentemente son implementadas por los Estados. Este potencial transformador se ve especialmente claro en casos como “Artavia Murillo”, en donde dicho tribunal interamericano estableció como regla para la región el deber de asegurar que no existan obstáculos irrazonables al acceso a la técnica de la fecundación *in vitro*, particularmente para personas con infertilidad; pero además ordenó a Costa Rica incorporar dicha técnica a la provisión de servicios de su sistema de salud público (CIDH, 2019).

Ahora bien, tal como se profundizará más adelante, el vínculo de la salud reproductiva con el derecho internacional de los derechos humanos crea una necesidad de diálogo entre el personal médico y los equipos jurídicos que lideran los litigios estratégicos. El personal de salud tiene la capacidad de contar con el conocimiento técnico tanto sobre cuál es el estado de la ciencia más avanzada en un determinado momento, así como sobre cuáles son

las mejores guías y prácticas que deben orientar su práctica conforme a estándares de calidad. Por su parte, los equipos jurídicos que llevan los litigios deben ser capaces de elaborar estrategias que traduzcan el conocimiento médico, para que jueces y juezas puedan tomar decisiones conforme a esos mismos estándares médicos.

A pesar de esta necesidad, no se han identificado estudios que respondan a las distintas formas de conectar estas pericias ante foros internacionales de derechos humanos. Se ha determinado que la metodología y la construcción argumentativa del peritaje es fundamental para un caso ante la CIDH, especialmente en aquellos casos en donde concierne un tema ajeno a la pericia del derecho (Cetz Celis y Parra Vera, 2023). Esta idea invita a la reflexión sobre el potencial del peritaje médico ante dicho tribunal internacional, dada la deferencia que la CIDH tendrá frente a tal *expertise*. Por otra parte, existe literatura que se ha encargado principalmente de la discusión sobre el rol del peritaje médico en procesos domésticos de derecho civil o penal (Andrew, 2006; Bal, 2009), pero no ha ahondado en su potencial en litigios estratégicos, particularmente ante la CIDH. En ese orden de ideas, este trabajo de investigación busca brindar un aporte a esta conversación, contribuyendo con un estudio del rol del peritaje médico como instrumento para asegurar la mayor protección de derechos en un litigio internacional de derechos humanos. Para alcanzar ese objetivo, este trabajo se centra en el rol del peritaje médico en casos que contemplan violaciones a la autonomía y la salud reproductiva.

## MARCO CONCEPTUAL

El presente trabajo se enmarca en la intersección de dos temas importantes: 1) el peritaje médico ante la CIDH; 2) el derecho a la autonomía y salud reproductiva, y particularmente la forma en que la CIDH los ha analizado. En este apartado se describirán puntos fundamentales del estado del arte respecto a estos dos marcos teóricos.

### LA AUTONOMÍA Y SALUD REPRODUCTIVA: CONFLUENCIA ENTRE LA SALUD Y EL DERECHO

Los derechos a la autonomía reproductiva y a la salud reproductiva son derechos humanos. El derecho a la salud reproductiva, según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, abarca que sea disponible, accesible, aceptable y de calidad. Este último componente es especialmente relevante para la discusión planteada en este artículo, ya que abarca la protección a la salud fundada en “una base empírica y que

serán adecuados y estarán actualizados desde un punto de vista científico y médico” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016). En consecuencia, un servicio médico que vaya en contravía con la evidencia empírica y la ciencia es una violación al derecho internacional de los derechos humanos. La CIDH ha desarrollado progresivamente su jurisprudencia respecto al derecho a la autonomía y salud reproductiva. Por ejemplo, en lo relevante para el análisis objeto de este estudio, la CIDH analizó la técnica de la fecundación *in vitro* a la luz del derecho internacional de los derechos humanos, y determinó que su prohibición tenía un impacto discriminatorio sobre las mujeres.

Frente al alegato presentado por el Estado de Costa Rica de que el derecho a la vida “desde la concepción” se vería en riesgo por la legalización de dicha técnica, la CIDH no solo fundamentó su análisis en la información científica disponible al momento de analizar el caso para rechazar dicha defensa, sino que además reconoció que la técnica de la fecundación *in vitro* se encontraba protegida por el derecho al goce de los beneficios del progreso científico. “Del derecho de acceso al más alto y efectivo progreso científico para el ejercicio de la autonomía reproductiva y la posibilidad de formar una familia se deriva el derecho a acceder a los mejores servicios de salud en técnicas de asistencia reproductiva, y, en consecuencia, la prohibición de restricciones desproporcionadas e innecesarias *de iure* o *de facto* para ejercer las decisiones reproductivas que correspondan en cada persona” (CIDH, 2012).

La CIDH también ha adoptado el concepto de autonomía reproductiva en el caso I.V. La Corte en esa oportunidad determinó que Bolivia había violado el derecho a la integridad personal, libertad personal, vida privada y autonomía, entre otros, como consecuencia de la ligadura de trompas llevada a cabo por el personal médico sin el consentimiento de la víctima durante un proceso de cesárea. La CIDH analizó puntos clave respecto al deber del Estado de asegurar un consentimiento informado previo a practicar una intervención quirúrgica que afectaba de forma definitiva la capacidad reproductiva de la víctima, y visibilizó y rechazó estereotipos de género frecuentemente aplicados a mujeres en el sector salud, que generan efectos graves sobre la autonomía de las mujeres y su poder decisorio (CIDH, 2016, párrs. 187 y 235).

Adicionalmente, en dos recientes casos, la CIDH determinó el contenido y alcance de la prohibición de la violencia obstétrica y el deber de los Estados de garantizar protección frente a esta forma de violación de los derechos reproductivos y de violencia contra la mujer (CIDH, 2022, párr. 68; CIDH, 2023).

Estos casos reflejan el rol que el derecho a la salud y el conocimiento científico, que subyacen a la prestación de servicios de salud, tienen tanto en la determinación de res-

ponsabilidades de los Estados como en el desarrollo de protecciones adicionales a favor de la salud reproductiva.

### EL PERITAJE MÉDICO ANTE LA CIDH EN CASOS DE SALUD REPRODUCTIVA

El peritaje médico en la administración de justicia ha sido tradicionalmente utilizado en el litigio, particularmente por la relevancia de la psiquiatría en la determinación de imputabilidad de una persona que habría cometido un crimen, como ocurrió en 1940 en el caso del asesinato de León Trotsky (Velasco García y Pantoja Palmeros, 2017). Más adelante, se comenzó a verificar su uso en otro tipo de casos, particularmente, en casos concernientes a mala praxis médica (Romero Palanco, 2002).

Tal como se mencionó previamente, no se ha identificado literatura que de forma específica desarrolle el rol del peritaje médico en la CIDH en casos sobre salud reproductiva. No obstante, de la literatura se desprenden algunos elementos que pueden contribuir a la creación de un marco teórico dentro del cual se circunscriba esta investigación.

Una persona perita es definida en el Reglamento de la CIDH como una persona que “poseyendo determinados conocimientos o experiencia científicos, artísticos, técnicos o prácticos, informa al juzgador sobre puntos litigiosos en cuanto se relacionan con su especial saber o experiencia”. El uso de la palabra “informa” es deliberado, en el sentido de que su experticia no vincula a la Corte. Su valoración de la prueba es discrecional y solo depende de la “construcción argumentativa” empleada por la persona perita. La CIDH se ha abstenido “de desarrollar criterios de admisibilidad relacionados con la validez científica de las pruebas periciales” (Cetz Celis y Parra Vera, 2023, p. 808).

Los peritajes deben ser propuestos por las partes litigantes en su escrito principal de alegatos ante la CIDH, es decir, en su primer escrito ante dicho tribunal, en el que promueven la totalidad de la prueba que pretenden usar en el litigio. Los peritajes pueden ser presentados verbalmente o por escrito, según determine la propia CIDH mediante decisión de su Presidencia. El peritaje se rinde en el marco de un objeto de la pericia, propuesto por la parte que le propone y autorizado por la Presidencia de la CIDH. En toda ocasión, los peritajes pueden ser objeto de preguntas por la contraparte del litigio.

El análisis de un peritaje médico podría realizarse en función de la literatura que existe respecto al peritaje médico en otras ramas del derecho, particularmente del derecho civil y sancionatorio, y específicamente en casos de mala praxis médica. Si bien en un caso ante la CIDH no se puede analizar la eventual responsabilidad individual de una persona que haya realizado una mala praxis, un Estado sí puede ser responsable internacional-

mente por hechos de mala praxis médica realizada por un médico de un hospital público (CIDH, 2022).

Dentro de este campo, se entiende que el peritaje médico es un deber ético para alcanzar la administración de justicia (Bal, 2009). Un peritaje médico tendría que cumplir con las siguientes características: 1) asegurar tener la pericia y calificación para rendir el peritaje, 2) asegurar la objetividad del análisis del caso, 3) analizar el caso con base en el estándar de cuidado vigente al momento de los hechos, y 4) procurar la ausencia de conflictos de interés para analizar el caso en concreto (Andrew, 2006; Schofferman, 2007). Ese estándar de cuidado debe estar construido sobre la base de evidencia empírica (Schofferman, 2007). La argumentación del peritaje médico debe procurar brindarle al tribunal las herramientas para determinar si una atención en particular atiende a los estándares de calidad del derecho a la salud.

Por su parte, le corresponde al tribunal asegurar la relevancia y confianza de los peritajes médicos, por lo que al presentarse una teoría con base en la ciencia, un tribunal deberá valorarla teniendo en cuenta su demostrabilidad, replicabilidad y, de ser el caso, si esos hallazgos han sido objeto de escrutinio científico, por ejemplo, a través de la publicación tras revisión de pares (Schofferman, 2007).

## METODOLOGÍA Y REFLEXIVIDAD

El presente artículo se centra en dos casos de estudio capaces de brindar información a los lectores sobre el impacto de los peritajes médicos en las decisiones judiciales de la CIDH. El marco conceptual brindado sienta las bases para argumentar que un peritaje médico es relevante en casos de autonomía y salud reproductiva para asegurar que las decisiones de los jueces y juezas sean acordes con la ciencia médica vigente en un caso. Por esa razón, se utilizará la metodología de *casos estudios típicos* para confirmar dicha hipótesis (Seawright y Gerring, 2008). Aunado a ello, se estima que de su comparación, dada la relativa similitud de temas que abordaron, se pueden obtener algunos hallazgos valiosos para tomar en cuenta en el diseño de futuras estrategias de litigio (Seawright y Gerring, 2008).

Las autoras eligieron las sentencias de los casos “Guzmán Albarracín” y “Manuela” para este análisis por tres motivos: 1) son los casos más recientes, al momento de la elaboración de este artículo, en los que el peritaje médico aportó sustancialmente a la discusión de un caso sobre autonomía y salud reproductiva, 2) los objetos de los peritajes fueron amplios,

por lo que no se limitaban a la discusión sobre salud reproductiva, y 3) los dos casos fueron litigados por el Centro de Derechos Reproductivos<sup>1</sup> junto con organizaciones aliadas locales —Cepam Guayaquil en el caso “Guzmán Albarracín”, y la Colectiva Feminista para el Desarrollo Local en el caso “Manuela”—. Por ello, se tiene un conocimiento amplio del litigio, la estrategia de peritajes y el alcance de dichas decisiones.

En lo que concierne al análisis de la información, se codificó la información obtenida del texto de las sentencias (Busetto *et al.*, 2020; Simmons, 2017). Los resultados de dicha codificación sirven como *proxy* del impacto del peritaje en la sentencia. Por lo tanto, permitirán describir para qué fueron utilizados los peritajes en la deliberación del caso y la subsecuente emisión de la sentencia.

## CASOS DE ESTUDIO: LOS CASOS “GUZMÁN ALBARRACÍN” Y “MANUELA”

### GUZMÁN ALBARRACÍN Y OTRAS VS. ECUADOR: CAPACIDADES EVOLUTIVAS Y LA NECESIDAD DE PREVENIR LA VIOLENCIA SEXUAL EN LAS ESCUELAS

El 24 de junio de 2020, la CIDH resolvió el caso “Guzmán Albarracín y otras vs. Ecuador” en donde determinó la responsabilidad internacional del Estado por los hechos de violencia y violación sexual perpetrados por el vicerrector de una escuela pública contra la estudiante Paola Guzmán Albarracín, de catorce años de edad. Dichos hechos se perpetuaron durante dos años hasta que, a sus dieciséis años, producto del daño causado, Paola decidió quitarse la vida (CIDH, 2020b).

Este caso tenía como eje central la discusión sobre los derechos las niñas y adolescentes a su consentimiento y autonomía, en el marco de un contexto de violencia contra las niñas en entornos escolares que configuraba una crisis de salud pública (Martínez Coral y Martínez, 2021). Dada esta situación, las organizaciones representantes del litigio entendieron como crucial profundizar en el componente psicológico detrás de esta forma de violencia, así como en el desarrollo progresivo de la autonomía de niñas y adolescentes.

Con base en ello, las organizaciones representantes promovieron la declaración pericial de la Dra. Ximena Cortés, médica psiquiatra que tuvo la oportunidad de estudiar el caso y

---

<sup>1</sup> Para disminuir sesgos y mitigar su impacto en el análisis de los casos de estudio, dado que las autoras participaron en el litigio de dichos casos, se prioriza la información disponible en la sentencia y no otras valoraciones. Ello permitirá asegurar la replicabilidad del estudio en futuras ocasiones (Berger, 2015).

presentar los resultados de una autopsia psicológica realizada a Paola Guzmán donde visibilizó las causas detrás de su suicidio, describiéndolo como denuncia por las irregularidades y victimización que había sufrido, tanto en el litigio ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos como ante la CIDH. Si bien el objeto de este artículo se enfoca en el análisis de los peritajes por la CIDH, el análisis del peritaje por la Comisión Interamericana fue igualmente fundamental en el establecimiento del marco de la discusión jurídica del caso ante la CIDH, por lo que se estima relevante traerlo a colación en esta oportunidad.

Ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, su peritaje permitió a dicha institución demostrar el vínculo entre los hechos de violencia que Paola sufrió y su decisión de cometer un suicidio. La Comisión, con base en el peritaje, señaló:

En cuanto a la salud mental de Paola antes de su muerte, la doctora Cortés afirmó que no había en curso ningún trastorno mental que la llevara a cometer un suicidio y que, de la reconstrucción de lo sucedido en días pasados, se advirtió una situación de gran estrés, al saber de la citación de la madre al colegio. La doctora refirió que “en conclusión, la autopsia [psicológica] encuentra que se trata de un acto suicida de denuncia de transgresión sexual de dinámica incestuosa, última comprensión de un enamoramiento sintomático facilitado por la inmadurez de la adolescencia y la vulnerabilidad psicosocial, precipitado por la inminencia de la revelación de los hechos por parte de terceros”. (CIDH, 2018, párr. 45).

La Comisión profundizó sobre esta idea, determinando que existió un nexo causal entre la violencia y la decisión de Paola de cometer un suicidio en los siguientes términos:

... la Comisión destaca que existen múltiples elementos que permiten establecer el nexo causal entre la situación de violencia sufrida por Paola y su suicidio. Al respecto, cabe señalar las conclusiones del peritaje psiquiátrico de la doctora Ximena Cortés del que se desprende con claridad dicho vínculo. La doctora Cortés afirmó además que “no había en curso ningún trastorno mental que la llevara a cometer un suicidio”. Asimismo, la Comisión destaca que las cartas que Paola escribió antes de tomarse los diablillos dejan claro que la decisión de quitarse la vida tuvo que ver con el relacionamiento que tenía con el vicerrector. Los indicios relacionados con la existencia de un posible embarazo que, como se analizará más adelante, no fue posible esclarecer debido a la negligencia e irregularidades en las etapas iniciales de la investigación, constituye un elemento adicional respecto del nexo causal entre la violencia sufrida por Paola y su suicidio. La Comisión destaca además que el Estado ecuatoriano no negó este nexo causal y que de los

procesos internos no surge una hipótesis de investigación diferente respecto a su muerte. (CIDH, 2018, párr. 132).

En dicha instancia, la perita también analizó el impacto que tuvo la muerte de Paola y las acciones subsecuentes de las autoridades de Ecuador sobre su familia y, particularmente, sobre su madre. Denotó que tanto su mamá como su hermana sufrían daños psicológicos asociados a “la victimización indirecta de los hechos del suicidio y del abuso sexual” así como asociados a la falta de una investigación judicial (CIDH, 2018, párr. 46). Además, visibilizó la “barbarización” de la autopsia hecha al cuerpo de Paola, dado que le mostraron el cuerpo de la niña a sus familiares “abierto” y “los órganos de su hija”.

Por su parte, la CIDH admitió su peritaje para que declarase

1) sobre el impacto y efectos de la violencia sexual en las adolescentes desde el abordaje de la salud mental y el consentimiento; 2) los hechos del caso concreto de Paola del Rosario Guzmán Albarracín a la luz de los contenidos de su peritaje enunciados en el punto anterior. (CIDH, 2020a).

Ante este foro, el peritaje de la Dra. Cortés permitió en primer lugar describir el contexto vulnerable en el que se encontraba Paola. La perita calificó su entorno como una “comunidad educativa vulnerable”, caracterizada por “precariedad administrativa”, “carecía de agua potable y servicios higiénicos”, compartía instalaciones con otro colegio, y en general se encontraba marginalizado dentro del sistema educativo. (CIDH, 2020b, párr. 137).

Lo descrito contribuyó directamente a la situación de vulnerabilidad en la que se encontraba Paola, en el sentido de que favoreció un ambiente de tolerancia y normalización de los hechos de violencia sexual perpetrados en su contra. La contribución de la perita, por lo tanto, fue determinante para realizar un diagnóstico del contexto en el que se circunscribieron los hechos del caso y, a su vez, contribuyó a que se dispusieran garantías de no repetición para prevenir que dicho contexto permaneciera. La CIDH, de esta forma, dispuso que Ecuador adoptara medidas para la prevención de hechos de violencia sexual en las aulas.

En segundo lugar, el peritaje de la Dra. Cortés permitió fortalecer el nexo causal entre los hechos de violencia sexual perpetrados en contra de Paola y su subsecuente suicidio. Como lo señaló la perita y dio por probado la CIDH, “el suicido en el caso estuvo vinculado a la violencia sexual y debe entenderse ‘como un impacto de [la misma]: Paola se



quitó la vida por la presión de la culpa”, en tanto que lo que estaba viviendo resultaba “insostenible e inaudito para su capacidad psíquica” (CIDH, 2020b, párr. 151). No obstante lo anterior, la CIDH se abstuvo de determinar la responsabilidad internacional por violación al derecho a la vida de Paola en lo que respecta al suicidio, aunque sí caracterizó los hechos como una violación a su derecho a una vida digna como consecuencia de los hechos de violencia sexual descritos.

En tercer lugar, el peritaje de la Dra. Cortés permitió profundizar en el alcance del daño causado a la familia de la víctima como consecuencia de los hechos que sufrió y la impunidad en la que continuaron esos hechos hasta la sentencia de la CIDH. Dicho peritaje permitió determinar la situación de “duelo crónico no resuelto” causado como consecuencia de la muerte de la víctima, cristalizado y evidenciado por la Dra. Cortés (CIDH, 2020b, párr. 212).

Por último, cabe destacar que la CIDH adoptó estándares respecto a las capacidades evolutivas de las niñas para tomar decisiones y ejercer sus libertades y su vínculo con el consentimiento, e igualmente se refirió al impacto que tuvo la relación de poder que subsistió en perjuicio de Paola. Si bien al desarrollar estos puntos la Corte no referenció expresamente el peritaje de la Dra. Cortés, estos sí se asocian directamente con su contenido. Por ejemplo, durante su declaración pericial ante la Corte, la perita describió la conducta del predator sexual, el impacto de las relaciones de poder y, entre otros, cómo operó el engaño y el vicio del consentimiento en el caso.

En consecuencia, se puede observar cómo la contribución de la perita brindó insumos para el desarrollo de estándares, para las determinaciones contextuales sobre lo que ocurría en la escuela, para la fijación de una relación de causalidad sobre lo que contribuyó a la muerte de la víctima, y para medir el alcance del daño a la(s) víctima(s). Todo ello, que no sería tangible para las y los operadores de justicia, fue construido a partir de las contribuciones del abordaje pericial médico.

### **MANUELA Y OTROS VS. EL SALVADOR: LA CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA Y EL IMPULSO A LA MODIFICACIÓN DE LAS REGULACIONES SOBRE SECRETO PROFESIONAL MÉDICO**

El 2 de noviembre de 2021, la CIDH resolvió el caso “Manuela y otros vs. El Salvador”, en donde determinó la responsabilidad internacional de ese Estado por la criminalización arbitraria de una mujer que sufrió una emergencia obstétrica, fue denunciada por el personal médico que debió atenderla, fue privada de su libertad durante su convalecencia en el

hospital, condenada a prisión tras un juicio plagado de vulneraciones al debido proceso y de estereotipos de género, y que eventualmente falleció después de que le negaron atención médica de calidad durante su privación de libertad, como consecuencia de un cáncer que tuvo desde antes de haber sufrido la referida emergencia obstétrica. Todos estos hechos, según la propia sentencia de la CIDH, se dieron en un contexto en el cual existía una criminalización absoluta del aborto en El Salvador (CIDH, 2021).

Uno de los puntos clave de la estrategia de litigio planteada en el caso en concreto era visibilizar las falencias estructurales en la prestación de servicio de salud durante la emergencia obstétrica que sufrió la víctima que pusieron en riesgo su vida, integridad personal y salud. Esta caracterización evidentemente trasciende el ámbito de lo jurídico. No obstante, demostrarlo era clave para justificar la responsabilidad de El Salvador. En este sentido, era necesario generar la convicción en los jueces y la jueza de que la prestación del servicio de salud para atender la emergencia obstétrica que sufrió la víctima configuraba una violación a sus derechos.

Con ese objetivo en mente, se promovió y la CIDH admitió el peritaje del Dr. Guillermo Antonio Ortiz Avendaño, con el objeto de declarar:

... sobre el contenido de las emergencias obstétricas, su manejo en el ámbito médico, así como, según su experiencia de trabajo, el impacto que tuvo la reforma al Código Penal de 1998 en los servicios de salud y obstetricia de El Salvador, especialmente frente a la atención de salud obstétrica y un potencial efecto miedo (*chilling effect*) en operadores de salud y mujeres que buscaban atención obstétrica de urgencia. Adicionalmente, analizará los hechos del caso a la luz de los contenidos de su declaración. (CIDH, 2020c).

Guillermo Ortiz brindaba un perfil integral para el caso objeto de estudio. Era ginecólogo con vasta experiencia en la atención de emergencias obstétricas, incluso llegando a dirigir un departamento de un reputado hospital de mujeres en El Salvador. Gran parte de su práctica se llevó a cabo dentro de El Salvador y, de hecho, presenció desde la experiencia profesional la modificación normativa que prohibió de manera absoluta el aborto en ese país. Por ello, podía brindar al caso insumos tanto médicos, por su experiencia en el área de la ginecología, como también contextuales, como consecuencia de su conocimiento de la regulación salvadoreña y de las prácticas que se llevaban a cabo dentro del país.

El peritaje del Dr. Ortiz Avendaño, rendido verbalmente durante la audiencia pública llevada a cabo en el marco del caso, fue utilizado extensamente por la CIDH para analizar el caso.

En primer lugar, la definición de emergencia obstétrica que informó de forma transversal el caso fue brindada por el propio perito. Así, la CIDH entendió como una emergencia obstétrica “aquellas situaciones que presenta la mujer o el feto, que requiere[n] una atención inmediata, de lo contrario, ella o el feto, pueden tener un daño irreparable a su salud e incluso la muerte. Esto puede suceder en cualquier momento del embarazo, ya sea al principio, a mediados o a finales de la gestación” (CIDH, 2021, Nota 90). Esta definición fue crucial, por cuanto permitió determinar que “[e]n el presente caso no existe controversia sobre que Manuela estaba embarazada, dio a luz y sufrió de preeclampsia, una complicación del embarazo, la cual, al constituir un riesgo grave para la salud, debe ser caracterizada como una emergencia obstétrica” (CIDH, 2021, párr. 91).

En segundo lugar, el Dr. Ortiz brindó un peritaje respecto al contenido del expediente médico. En un lenguaje sencillo, el Dr. Ortiz evidenció ante la CIDH que durante su emergencia obstétrica “Manuela sufrió de hemorragia post parto, ocasionada por la retención de placenta y los desgarros en el canal de parto” (CIDH, 2021, párr. 137). Partiendo de esta idea, el Dr. Ortiz brindó información sobre las implicaciones de ese diagnóstico, precisando que “Producto de esta hemorragia postparto, Manuela posiblemente se encontraba en un estado que le imposibilitaba al momento del parto ‘atenderse a ella misma o poder atender a alguien más’” (CIDH, 2021, párr. 137). Esta explicación fue crucial para el caso, en tanto permitió demostrar que Manuela no habría podido cometer un delito en el marco de dicha emergencia obstétrica, sino también visibilizó la negligencia en el análisis de su responsabilidad penal, dado que se omitió cualquier consideración sobre su estado de salud al momento de investigarla y condenarla penalmente.

En tercer lugar, el peritaje del Dr. Ortiz dio fundamentos para la determinación de responsabilidad de El Salvador por violación al derecho a la salud. El perito visibilizó deficiencias graves a la atención de salud de Manuela al llegar al hospital, durante su hospitalización y durante su privación de libertad. En el primer momento indicado, visibilizó que la demora de más de dos horas para ser atendida desde que ingresó a las instalaciones del hospital y hasta que efectivamente se le brindó atención puso en riesgo a Manuela, ya que “al tener una mujer post parto [con preeclampsia grave], urge administrar un medicamento para evitar complicaciones como convulsiones, [...] extraer la placenta inmediatamente y suturar los desgarros” para prevenir que continúe perdiendo sangre (CIDH, 2021, párr. 195). En el segundo momento descrito, el perito demostró que tras la emergencia obstétrica “se ha debido haber realizado un examen físico completo. Al respecto, señaló que al ‘hacer una investigación más profunda, acuciosa, se hubiera llegado al diagnóstico de

un tumor en el cuello, y esto pudo haber cambiado el rumbo de la atención de Manuela” (CIDH, 2021, párr. 196). Por último, hizo notar que la muerte de Manuela durante su privación de libertad pudo haberse evitado si hubiese tenido acceso a un servicio de salud de calidad, dado que

El linfoma Hodgkin es uno de los cánceres que tienen mejor resolución cuando son detectados a tiempo. O sea, pueden curarse hasta en un 95 % si son detectados a tiempo. Desafortunadamente, en el caso de [Manuela] fue detectado tardíamente y el tratamiento fue casi muy tardío, y por lo tanto, no fue efectivo. (CIDH, 2021, párr. 244).

Finalmente, el peritaje permitió visibilizar uno de los problemas estructurales objeto de análisis en el caso: el impacto de la normativa ambigua respecto al secreto profesional médico en El Salvador, desde la óptica del personal médico. La CIDH determinó que la ambigüedad era contraria al derecho internacional de los derechos humanos, y profundizó —basándose en el peritaje— en el impacto desproporcionado que tiene en mujeres esa regulación. Se denota en la Sentencia que

Este Tribunal considera que la ambigüedad de la legislación relativa al secreto profesional de los médicos y la obligación de denuncia existente en El Salvador afecta de forma desproporcionada a las mujeres por tener la capacidad biológica del embarazo. Tal como se mencionó, existe en los médicos ginecólogos una creencia de que deben denunciar los casos de posibles abortos, como sucedió en el presente caso, donde Manuela fue denunciada por posible aborto. De acuerdo al perito Guillermo Ortiz, esto no sucede con otro tipo de delitos. (CIDH, 2021, párr. 254).

Este hallazgo fue una de las premisas que conllevó a que la CIDH ordenara a El Salvador crear “una regulación clara sobre los alcances del secreto profesional médico, la protección de la historia clínica y sus excepciones”, que debe

establecer expresamente que: i) el personal médico y sanitario no tiene una obligación de denunciar a mujeres que hayan recibido atención médica por posibles abortos; ii) en estos casos, el personal de salud debe mantener el secreto profesional médico, frente a cuestionamientos de las autoridades; iii) la falta de denuncia por parte del personal de salud en estos casos no conlleva represalias administrativas, penales o de otra índole, y iv) los supuestos en los cuales se puede difundir la historia clínica, las salvaguardas claras sobre el resguardo de dicha información y la

forma en que esta puede ser difundida, exigiendo que la misma se realice solo mediante orden fundamentada [sic] por una autoridad competente y, tras la cual, se divulgue solo lo necesario para el caso concreto. (CIDH, 2021, párr. 286).

De esta forma se puede observar cómo la sentencia del caso Manuela se vio fortalecida por la estrategia jurídica planteada, desde el inicio, de promover a un experto médico en temas de salud reproductiva para avanzar en el litigio. La presentación de información científicamente adecuada sobre el tratamiento médico de emergencias obstétricas, al igual que su conocimiento teórico y práctico en la atención de este tipo de situaciones, permitió el desarrollo de precedentes bajo los cuales las emergencias obstétricas no deben bajo ninguna circunstancia conllevar a la determinación de responsabilidades penales, sino que además sirvieron como un impulso para la modificación de las reglas que violan el secreto profesional médico y afectan la atención médica de calidad de las mujeres en El Salvador.

## DISCUSIÓN Y HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los casos de estudio descritos son casos de peritajes exitosos, en tanto tuvieron un impacto significativo sobre las estrategias de litigio de las organizaciones representantes para avanzar los estándares sobre salud reproductiva en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Como se observó en el apartado anterior, los peritajes fueron ampliamente citados para el análisis de cada caso en concreto, y particularmente como instrumentos para contribuir a la determinación de responsabilidad internacional de los Estados demandados. En efecto, los peritajes —que fueron seleccionados cuidadosa y estratégicamente por las organizaciones litigantes— permitieron dar saltos sustanciales en el estado de la jurisprudencia sobre salud y autonomía reproductiva en temas variados y ajenos a la jurisprudencia de la CIDH hasta ese momento.

Los casos de estudio confirman una tendencia al reconocimiento de los estándares de la ética médica como criterios de orientación para la judicialización de los peritajes médicos, en términos similares a los que se han descrito en jurisdicciones nacionales. Si bien la CIDH se remite únicamente a hacer valoraciones sobre la objetividad del peritaje, los criterios de aseguramiento de la ética de cuidado, priorización de la ciencia como fundamento para determinar los hallazgos, y la objetividad en el análisis se observan de forma preeminente. Con

esto, no solo se cristaliza una ruta para la defensa de los derechos a la salud reproductiva y a la autonomía, sino que además se visibiliza una justa deferencia a la ciencia médica para realizar hallazgos que conciernen a este campo.

En este orden de ideas, la experiencia de dichos peritajes dejó hallazgos relevantes que pueden ser de interés para próximos litigios en el ámbito de la salud reproductiva.

En primer lugar, los peritajes descritos fueron realizados por personas expertas no solo en el área médica de su competencia, sino también en los conceptos de salud y autonomía reproductiva. Ello permitió que los peritajes visibilizaran, de forma expresa, la relación entre los componentes de salud objeto de análisis y esos derechos. En el caso de la Dra. Cortés, su peritaje reflejó cómo la situación de vulnerabilidad en la escuela contribuía directamente en la crisis de salud pública asociada a la violencia sexual en contextos educativos en Ecuador, y cómo ello estaba vinculado con la autonomía de las niñas sobre su sexualidad y sus libertades reproductivas. El peritaje del Dr. Ortiz, por su parte, mostró, entre otros aspectos, cómo la regulación sobre secreto profesional médico afectaba las posibilidades de acceder a un servicio de salud reproductiva de calidad. Como consecuencia, la CIDH adoptó el lenguaje propuesto por los peritajes y determinó las responsabilidades en términos similares a los propuestos, lo cual a su vez permitió la creación significativa de estándares a favor de los conceptos de salud reproductiva.

En este sentido, los peritajes confirman la necesidad de tener una pericia médica que sea acorde a los estándares de calidad del derecho a la salud. Más aún, reflejan que parte del éxito de que la CIDH adoptara el lenguaje de autonomía y salud reproductiva sobre temas novedosos se debió a que las personas peritas tenían una experticia específica sobre autonomía y salud reproductiva. Ello permitió construir un argumento claro sobre cómo la afectación a la salud del caso tuvo impacto sobre la autonomía reproductiva de cada persona (Andrew, 2006; Cetz Celis y Parra Vera, 2023).

En segundo lugar, ambos peritajes tuvieron objetos suficientemente amplios que les permitían contar con flexibilidad para abordar diversos temas en el marco del litigio estratégico. La perita Cortés igualmente pudo pronunciarse tanto sobre la situación de vulnerabilidad en la que se encontraba Paola en la escuela como acerca de los daños que sufrió su familia. La amplitud de los peritajes permitió que su conocimiento técnico permeara distintos niveles del litigio, facilitando su contribución tanto para la calificación de hechos como violaciones de derechos humanos, como para la identificación de fallas estructurales que luego desembocan en la orden de la CIDH de una reparación estructural para prevenir que se repitan violaciones similares. El perito Ortiz pudo emitir dictamen tanto

sobre el concepto de emergencias obstétricas, en abstracto, como sobre su conocimiento específico del tratamiento de emergencias ginecológicas en el contexto de El Salvador y la prohibición absoluta del aborto. La amplitud del peritaje es una herramienta que facilita la objetividad del personal médico así como la construcción de un análisis sobre la base de evidencia empírica, libre de cualquier forma de influencia de las partes objeto de análisis (Andrew, 2006). Además, los peritajes permitieron identificar las fallas estructurales que debían corregirse para que hechos como los que ocurrieron en cada caso individual no se repitan. El peritaje de la Dra. Cortés reflejó cómo la ausencia de medidas dirigidas a prevenir la violencia sexual en las aulas contribuía a mermar la autonomía de niñas y adolescentes en estos espacios. El peritaje del Dr. Ortiz, brindó información sobre la necesidad de corregir la regulación ambigua sobre secreto profesional médico que contribuía a la criminalización arbitraria de mujeres. Ello brindó insumos para que las organizaciones litigantes justificaran adecuadamente sus solicitudes de los cambios transformadores que se pretendían lograr en el caso en concreto.

Ahora bien, pareciera relevante que el objeto del peritaje no se limite únicamente al análisis del caso en concreto, sino también que se extienda al análisis de la situación estructural que contribuye a que se repitan esas vulneraciones. En el caso “Guzmán Albarracín”, aunque el peritaje se refirió a temas estructurales sobre la situación de violencia sexual en Ecuador, esos no fueron tomados en cuenta por la CIDH en su sentencia, al menos de forma expresa. Distinto fue el caso “Manuela”, donde el perito tuvo la oportunidad de profundizar en las fallas estructurales en El Salvador que contribuían a la violación de derechos reproductivos en el país, dado que su peritaje incluía de forma expresa la posibilidad de analizar la situación del país. El análisis de la situación de un país en un peritaje podría brindar herramientas para analizar igualmente las guías y protocolos en un Estado conforme a la evidencia científica más actualizada al momento de los hechos, facilitando impactos y cambios estructurales sobre las prácticas del Estado responsabilizado, siempre conforme al criterio de objetividad.

En tercer lugar, en ambos casos el experto y la experta contaron con acceso al expediente judicial y médico de las víctimas. Ello permitió que en sus peritajes pudiesen exhibirse al analizar el caso en concreto a la luz de sus propios conocimientos médicos de una forma integral. De esta forma, las contribuciones del personal médico no se limitaron únicamente a la presentación de conceptos, sino que pudieron facilitar valoraciones sobre lo que se hizo bien o mal en cada caso específico. Estas valoraciones son especialmente importantes ante un tribunal internacional, dado que incluso con la presentación

de los conceptos, los jueces y las juezas pueden tener dudas al calificar si una determinada prestación del servicio de salud fue adecuada o no en un caso en concreto, salvo que cuenten con una opinión experta que convalide su posición. El análisis extendido es fundamental para una valoración integral, que es la base para sostener el estándar de cuidado al que se debe el personal médico al momento de rendir su análisis. La opinión del perito sobre el contenido del expediente médico, no obstante, debe llevarse a cabo conforme a la ética médica y nunca debe afectar la objetividad del contenido del peritaje (Schofferman, 2007).

Finalmente, en lo que concierne al estándar de ausencia de conflicto de interés, se observa que las sentencias no identifican valoraciones en donde se cuestionen estos componentes. Esto tiene sentido tanto porque en ninguno de los casos se presentaba tal conflicto como porque los eventuales conflictos de interés deben ser analizados en etapas previas del proceso. En efecto, el Estado ecuatoriano había cuestionado la objetividad del peritaje de la Dra. Cortés en una etapa anterior del proceso dado que había rendido un peritaje previo ante la Comisión Interamericana. La CIDH respondió que el objeto y propósito de la posibilidad de recusar un peritaje radica justamente en que se demuestre que existen motivos para sostener que no es objetivo e imparcial, supuestos que no se dieron en el caso de la Dra. Cortés (CIDH, 2020a). Estos dos ejemplos reflejan cómo el personal médico puede incorporarse de forma adecuada en estrategias de litigio dirigidas a avanzar en estándares jurídicos sobre salud reproductiva. La participación del personal médico por vía de peritajes en los litigios estratégicos puede servir como catalizador hacia la mejor protección de los derechos reproductivos, en tanto puede favorecer que se adopten los insumos que desde la salud pública y la ciencia se desarrollan con más velocidad.

## CONCLUSIÓN

Dentro del marco de los litigios estratégicos con visión transformadora, contribuir con información científica que brinde información acertada y precisa sobre los conceptos médicos y mejores prácticas relevantes para un caso en concreto, como parte integral de la evidencia presentada ante un tribunal internacional, puede facilitar no solo la identificación de posibles violaciones a derechos humanos que para el ojo estrictamente jurídico no serían visibles, sino también impulsar el desarrollo de jurisprudencia y el avance del derecho al mismo ritmo que la ciencia médica.



Para alcanzar estos objetivos, el personal médico tiene un potencial único para brindar su experiencia y pericia por vía de la figura de peritajes. Corresponde entonces que las organizaciones litigantes contemplen, especialmente en los casos sobre salud reproductiva, incorporar peritajes llevados a cabo por personal médico experto que brinden información sobre el estado de la investigación científica sobre determinados temas, para que así la controversia se resuelva conforme a la mejor y más avanzada ciencia y evitar que otro tipo de preconcepciones y estereotipos influyan en un eventual fallo.

Lo anterior invita a que se profundicen investigaciones de esta naturaleza. Continuar estudiando otros mecanismos para incorporar la ciencia médica en el litigio de casos ante la CIDH, tales como a través de *amicus curiae*, o incluso como integrantes de la delegación litigante, son oportunidades valiosas para asegurar que los fallos de dicho tribunal interamericano continúen siendo acordes a la ciencia médica.

## BIBLIOGRAFÍA

- Andrew, L. B. (2006). Expert Witness Testimony: The Ethics of Being a Medical Expert Witness. *Emergency Medicine Clinics of North America* 24(3), 715-731. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2006.05.001>
- Bal, S. B. (2009). The Expert Witness in Medical Malpractice Litigation. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 467(2), 383-391. <https://doi.org/10.1007/s11999-008-0634-4>
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research* 15(2), 219-234. <https://doi.org/10.1177/1468794112468475>
- Busetto, L., Wick, W., y Gumbinger, C. (2020). How to use and assess qualitative research methods. *Neurological Research and Practice* 2(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00059-z>
- Cetz Celis, J. G., y Parra Vera, O. (2023). La prueba en la Corte IDH: caracterización general de la actividad probatoria en casos contenciosos. En M. C. Fuchs, H. Rank, y M. Barboza (Eds.), *Comentario al procedimiento ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos* (pp. 789-825). Konrad-Adenauer-Stiftung. Disponible en: [kas.de/es/web/rspla/einzeltitel/-/content/politicas-publicas-y-plan-de-accion-nacionales-sobre-empresas-y-derechos-humanos-en-latinoamerica-1](https://www.kas.de/es/web/rspla/einzeltitel/-/content/politicas-publicas-y-plan-de-accion-nacionales-sobre-empresas-y-derechos-humanos-en-latinoamerica-1). Consultado el 24 de septiembre de 2024.
- CIDH. (2012). *Caso Artavia Murillo y otros ("fecundación in vitro") vs. Costa Rica. Resumen oficial emitido por la Corte Interamericana de la sentencia de 28 de noviembre de 2012 (Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas)*. <https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/re>

sumen\_257\_esp.pdf

- CIDH. (2016). *Caso I.V. vs. Bolivia. Sentencia de 30 de noviembre de 2016 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)*. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_329\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf)
- CIDH. (2018) *Informe No. 110/18. Caso 12.678. Informe de fondo. Paola del Rosario Guzmán Albarracín y familiares. 5 de octubre de 2018.*
- CIDH. (2019). *Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 22 de noviembre de 2019. Caso Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”) y caso Gómez Murillo y otros vs. Costa Rica. Supervisión de cumplimiento de sentencias*. <https://jurisprudencia.corteidh.or.cr/es/vid/883977022>
- CIDH. (2020a). *Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 27 de enero de 2020. Caso Guzmán Albarracín y otros vs. Ecuador*. [https://www.corteidh.or.cr/docs/asuntos/guzman\\_27\\_01\\_20.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/asuntos/guzman_27_01_20.pdf)
- CIDH. (2020b). *Caso Guzmán Albarracín y otras vs. Ecuador. Sentencia del 24 de junio de 2020. (Fondo, Reparaciones y Costas)*. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_405\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_405_esp.pdf)
- CIDH. (2020c). *Resolución de la presidenta de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 2 de diciembre de 2020. Caso Manuela y otros vs. El Salvador*. [https://www.corteidh.or.cr/docs/asuntos/manuela\\_y\\_otros\\_02\\_12\\_2020.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/asuntos/manuela_y_otros_02_12_2020.pdf)
- CIDH. (2021). *Caso Manuela y otros vs. El Salvador. Sentencia del 2 de noviembre de 2021. (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)*. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_441\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_441_esp.pdf)
- CIDH. (2022). *Caso Brítez Arce y otros vs. Argentina. Sentencia de 16 de noviembre de 2022 (Fondo, Reparaciones y Costas)*. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_474\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_474_esp.pdf)
- CIDH. (2023). *Caso Rodríguez Pacheco y otra vs. Venezuela. Sentencia del 1 de septiembre de 2023. (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)*. [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_504\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_504_esp.pdf)
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2016). Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) (E/C.12/GC/22). Naciones Unidas. [docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEovLCuW1a0Szab0oXTd-ImnsJZZVQfQejF41Tob4CvJeTiAP6sU9x9eXO0nzmOMzdytOOLx1%2BaoaWAKy4%2Buh-MA8PLnWFdJ4z4216PjNj67NdUrGT87](https://www.docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEovLCuW1a0Szab0oXTd-ImnsJZZVQfQejF41Tob4CvJeTiAP6sU9x9eXO0nzmOMzdytOOLx1%2BaoaWAKy4%2Buh-MA8PLnWFdJ4z4216PjNj67NdUrGT87)
- Krsticevic, V. (2020). El derecho común transformador: El impacto del diálogo del Sistema Interamericano de Derechos Humanos con las víctimas en la consecución de justicia. En A. Von

- Bogdandy, E. Ferrer Mac-Gregor, M. Morales Antoniazzi, y P. Saavedra Alessandri (Coord), *Cumplimiento e impacto de las sentencias de la Corte Interamericana y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos: Transformando realidades* (pp. 479-512). Instituto de Estudios Constitucionales del Estado de Querétaro. <https://biblioteca.corteidh.or.cr/adjunto/37721>
- Martínez Coral, C., y Martínez, C. C. (2021). Sexual violence against girls in schools as a public health issue: a commentary on the case *Paola Guzmán Albarracín v. Ecuador*. *Sexual and Reproductive Health Matters* 29(1), 18-22. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1893147>
- Romero Palanco, J. L. (2002). La pericia médico-legal en los casos de responsabilidad médica. *Cuadernos de Medicina Forense* 27, 11-28.
- Schofferman, J. (2007). Opinions and Testimony of Expert Witnesses and Independent Medical Evaluators. *Pain Medicine* 8(4), 376-382. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00318.x>
- Seawright, J. y Gerring, J. (2008). Case Selection Techniques in Case Study Research: A Menu of Qualitative and Quantitative Options. *Political Research Quarterly* 61(2), 294-308. <https://doi.org/10.1177/1065912907313077>
- Simmons, N. (2017). Axial coding. En M. Allen (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Communication Research Methods* (pp. 79-82). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781483381411>
- Velasco García, J. R. y Pantoja Palmeros, M. T. (2017). Legitimación de la pericia psiquiátrica en México y participación del psicoanálisis. *Tramas. Subjetividad y procesos sociales* 43, 69-97. <https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/750>
- Von Bogdandy, A. (2020). El mandato transformador del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Legalidad y legitimidad de un proceso jurisgenerativo extraordinario. En A. von Bogdandy, *Transformaciones del derecho público. Fenómenos internacionales, supranacionales y nacionales* (pp. 95-126). Max Planck Institute for Comparative Public Law and International Law, Instituto de Estudios Constitucionales del Estado de Querétaro. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/13/6413/7.pdf>

### 3. *Advocacy* para el aborto seguro: médicas y médicos ginecobstetras por el cambio en Perú y Panamá

LISA JUANOLA Y DANIELA PINEDO TORRENTERA

#### RESUMEN

En 2018, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) lanzó el Proyecto de *Advocacy* por el Aborto Seguro (ASAP) con el objetivo de apoyar a diez sociedades de obstetricia y ginecología en la promoción de un acceso mejorado a servicios de aborto seguro y de calidad, consolidándose como líderes en salud sexual y reproductiva en sus respectivos países. Este informe se enfoca en los resultados alcanzados por las sociedades nacionales de obstetricia y ginecología de Panamá y Perú (SPOG Panamá y SPOG Perú) durante la evaluación final del proyecto, utilizando el método de cosecha de alcances para evaluar la relevancia y efectividad del proyecto en cinco estrategias: fortalecimiento organizacional, creación de redes, sensibilización del aborto seguro, difusión de marcos legales y guías técnicas, y generación de evidencia. El proyecto ha reafirmado el papel fundamental de estas sociedades como líderes en salud sexual y reproductiva a nivel nacional y su contribución significativa en la promoción del acceso al aborto seguro en ambos países.

**Palabras clave:** aborto seguro, acceso, incidencia, salud sexual y reproductiva, sociedades médicas.

#### INTRODUCCIÓN

El aborto inseguro continúa siendo una preocupación importante para la salud pública y una causa significativa de mortalidad en mujeres y otras personas gestantes. En el

análisis global más reciente de la Organización Mundial de la Salud elaborado en 2014 se estimó que el aborto inseguro representaba el 7.9% de todas las muertes maternas a nivel mundial, cifra que se incrementa en regiones del mundo que mantienen más barreras legales para acceder a un aborto seguro, como América Latina y el Caribe, donde alcanza el 9.9% (Say *et al.*, 2014).

El aborto es una atención médica esencial, y ofrecer abortos seguros y legales es de suma importancia para evitar muertes y discapacidades derivadas de abortos inseguros. Además, es una pieza fundamental para avanzar en las agendas globales, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, particularmente los Objetivos 3 y 5, que se centran en la salud y la equidad de género, respectivamente. Estos objetivos proponen reducir las muertes maternas y garantizar que las mujeres, niñas y otras personas gestantes puedan ejercer plenamente sus derechos reproductivos (Barclay *et al.*, 2015; Ipas, 2015).

La evidencia muestra que las asociaciones nacionales de obstetricia y ginecología se encuentran en una posición que les permite mejorar la atención del aborto a través de los sistemas de salud y la prestación de servicios, y en la que pueden utilizar su conocimiento y experiencia en la promoción de cambios legales y políticos que impulsen prácticas mejoradas y fomenten un cambio de actitudes. Las médicas y médicos que forman parte de las sociedades nacionales observan diariamente las consecuencias de los abortos inseguros; por lo tanto, están familiarizados con las barreras que enfrentan las mujeres, niñas y otras personas gestantes al buscar atención para el aborto. Además, su participación en diversos grupos y asociaciones médicas, su conexión y roles de asesoramiento con los ministerios de salud y los responsables de la toma de decisiones, así como su habilidad para conocer e influir en otros profesionales de la salud, los posicionan como cuerpos científicos respetados, imparciales y con capacidad de incidencia (Chavkin *et al.*, 2018; Padilla de Gil, 2014; Holcombe, 2018; Holcombe y Kidanemariam Gebru, 2022; Jaldesa, 2014; Leke, 2014; Mark *et al.*, 2015; Tavera, 2014; Juanola van Keizerswaard *et al.*, 2024; Zaidi *et al.*, 2014).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) es la mayor alianza global de sociedades nacionales de obstetricia y ginecología, dedicada a promover la salud y el bienestar de mujeres, niñas y recién nacidos. FIGO cuenta con la afiliación de más de 132 sociedades profesionales autónomas. Sus cuatro pilares fundamentales, que abarcan educación, implementación de investigaciones, defensa y desarrollo de capacidades, se llevan a cabo a través de convocatorias y comunicaciones, del trabajo de comités expertos temáticos y de proyectos. Desde 2007, FIGO ha estado activamente comprometida con

la incidencia en temas relacionados con el aborto, estableciendo un grupo de trabajo de expertos y un proyecto internacional enfocado en la reducción del aborto inseguro y sus consecuencias.

En 2018, FIGO inició el Proyecto de Advocacy por el Aborto Seguro (ASAP, o Advocating for Safe Abortion Project) para acompañar a diez sociedades de obstetricia y ginecología en su trabajo de abogacía por un acceso mejorado a una atención del aborto seguro y de calidad, y para posicionarse como líderes en salud sexual y reproductiva en sus países. La selección de países se realizó en consulta con las sociedades miembro y se basó en los siguientes criterios: 1) experiencia con el país en una iniciativa previa de prevención del aborto inseguro, 2) área geográfica de interés para la agencia de financiamiento (donante anónimo), 3) necesidad y potencial para el cambio, y 4) disposición para participar. Los diez países seleccionados realizaron una extensa evaluación participativa de necesidades (De Vries *et al.*, 2020).

La evaluación de necesidades tuvo un doble propósito: primero, explorar los contextos en los que operan las sociedades de obstetricia y ginecología, y, segundo, identificar las barreras y oportunidades para que estas sociedades puedan aprovechar su papel en la promoción del aborto seguro.

En este proyecto, se define *advocacy* como el empleo estratégico de información y acciones para influir y moldear opiniones, políticas y prácticas que impactan en la vida de las personas (Turner *et al.*, 2009; Hord, 2001; Sharma, 1995). Esta palabra se mantiene en inglés debido a la falta de una traducción precisa en español. Aunque términos como “defensa” o “promoción” son comunes, su uso en el marco del aborto seguro puede ser malinterpretado o problemático en ciertos contextos. Por esta razón, es frecuente encontrar el término en inglés en publicaciones en español de organizaciones especializadas en *advocacy* en aborto, como Ipas.

## ENFOQUE METODOLÓGICO

Durante el periodo comprendido entre abril de 2019 y marzo de 2022, FIGO colaboró con diez sociedades nacionales de obstetricia y ginecología con el objetivo de transformarlas en actores clave en *advocacy* para el aborto seguro y en líderes nacionales en los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Este ASAP se llevó a cabo en las sociedades nacionales de ginecología y obstetricia de Benín, Camerún, Costa de Marfil,

Kenia, Malí, Mozambique, Panamá, Perú, Uganda y Zambia. África y Latinoamérica comparten la variabilidad en sus leyes, que abarcan desde contextos muy restrictivos hasta semiliberalizados. Aunque ambas regiones enfrentan desafíos similares en términos de legislación restrictiva y estigmatización del aborto, las estrategias y los contextos específicos varían, lo que influye en los resultados y las estrategias para el *advocacy* en cada región.

En este capítulo dedicaremos nuestra atención a los resultados obtenidos en Panamá y Perú, por su relevancia y contribuciones en el contexto latinoamericano.

En Perú, el aborto terapéutico se define como aquel practicado cuando es necesario para preservar la vida de la persona gestante o para evitar un daño grave y permanente a su salud.

Únicamente el aborto terapéutico está permitido por ley. Por otro lado, en Panamá, la legislación permite el acceso al aborto seguro bajo dos causales: cuando la vida de la mujer o persona gestante está en riesgo o cuando el embarazo es producto de una violación.

Tras un detallado proceso de evaluación de necesidades (De Vries *et al.*, 2020) se establecieron las estrategias para lograr los objetivos del proyecto:

1. Fortalecer la capacidad de gestión y organización de las sociedades nacionales.
2. Crear o consolidar una red con partes interesadas afines y colaboradores del sistema de salud para abogar por el aborto seguro y mejorar el acceso a la atención integral del aborto.
3. Sensibilización sobre el aborto seguro para crear una mayor aceptación entre las y los trabajadores de la salud, las personas encargadas de formular políticas y la población en general.
4. Garantizar la comunicación y la sensibilización acerca de los marcos legales nacionales y las directrices sobre el aborto seguro y, según sea pertinente, involucrarse en actividades de promoción educativa sin realizar actividades de cabildeo, con el objetivo de mejorar las dimensiones legales y los principios rectores.
5. Abogar por una mejor generación y uso de la evidencia sobre el aborto en el país.

Después de establecer las estrategias del proyecto, las sociedades nacionales en cada país —la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología (SPOG Panamá) y la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG Perú)— asumieron la responsabilidad de elaborar planes de acción específicos para cada país y cada sociedad. Estos planes se fundamentaron en los contextos y prioridades locales.

Se propuso que la primera estrategia se enfocara en el fortalecimiento de la capacidad organizativa, lo que implicó establecer una Unidad de Gestión de Proyectos (UGP), encargada de la implementación del proyecto en cada país. Este paso fue prioritario para el modelo de cambio y un elemento clave para que las sociedades nacionales desempeñaran y sostuvieran sus funciones como defensores del aborto seguro y la salud de las mujeres.

Se empleó un método de cosecha de alcances (Wilson-Grau y Britt, 2013) para monitorear y evaluar el éxito de las estrategias del proyecto. Los equipos nacionales colaboraron para identificar los resultados del proyecto, los cuales fueron posteriormente evaluados por grupos de partes interesadas externas para respaldar su credibilidad, impacto y nivel de responsabilidad. Además, hubo oportunidades para que los equipos de cada país aprendieran entre sí, replicando éxitos al identificar y adaptar soluciones a sus propios contextos, a través de reuniones virtuales y presenciales de aprendizaje y reflexión, así como seminarios web regionales y globales.

En la última fase del proyecto ASAP se realizó una evaluación final que cubrió el periodo desde el inicio del proyecto hasta su finalización.<sup>1</sup> Esta evaluación examinó la eficacia del proyecto en relación con cada una de sus estrategias, la contribución del proyecto para alcanzar dichos objetivos, y la competencia del equipo del proyecto, considerando también el impacto de la pandemia por COVID-19 (Juanola *et al.*, 2022a; Juanola *et al.*, 2022b; Morris *et al.*, 2024).

La evaluación final se centró en la identificación y análisis de los resultados del proyecto y en los cambios logrados por y en los actores primarios y secundarios (véase Tabla 1). Los testimonios presentados a lo largo del capítulo están organizados según las temáticas que corresponden a las cinco estrategias del proyecto. Estos testimonios fueron seleccionados por su carácter paradigmático, es decir, porque son representativos, relevantes e ilustrativos para describir una experiencia específica dentro del contexto del estudio.

---

<sup>1</sup> El proyecto fue implementado en Panamá de junio de 2019 a marzo de 2022, y en Perú de julio de 2019 a marzo de 2022.



Tabla 1. Instituciones, organizaciones y grupos primarios y secundarios del proyecto en cada país

País	Instituciones, organizaciones y grupos primarios (agentes del cambio)	Instituciones, organizaciones y grupos secundarios
Panamá	FIGO, la Sociedad Panameña de Ginecología y Obstetricia (SPOG Panamá), la Unidad de Gestión de Proyectos (UGP), Grupo de Salud Sexual y Reproductiva de Panamá.	Ginecobstetras en ejercicio y en formación, asociaciones de estudiantes de medicina (Asociación Panameña de estudiantes de Medicina para la Cooperación Nacional e Internacional [APEMCONI-IFMSA], Comité Científico de la Asociación de Estudiantes de Medicina de Panamá), otras sociedades médicas como la Sociedad Panameña de Psiquiatría, ONG (Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia [APLAFA], Casa Matria), representantes de actores gubernamentales como el Ministerio de Salud (MINSAL), el Ministerio de Educación (MEDUCA), medios de comunicación (revista <i>Ellas</i> , <i>La Prensa</i> , <i>Nex TV</i> ), organizaciones internacionales (UNFPA) y otros como la Unión Nacional de Abogados de Panamá.
Perú	FIGO, la Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia (SPOG Perú) y la UGP.	Actores secundarios: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Católicas por el Derecho a Decidir Perú, Interquorum, Medical Students for Choice Peru, Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina (IFMSA), Defensoría del Pueblo, Ministerio de Salud (MINSAL), UNFPA, OPS Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y filiales de la SPOG de Piura, Cusco, Ica, Trujillo, Arequipa, Tacna, Huaraz, Iquitos, Huancayo, Huánuco, Cajamarca, Ayacucho, Ancash, Huacho, Puno, Callao, Lambayeque y San Martín.

**Nota:** los efectos del proyecto en las y los actores terciarios (por ejemplo, las personas que acceden a los servicios de atención integral de aborto) quedan fuera del alcance de esta evaluación, dado que el objetivo central del proyecto era fortalecer a las sociedades e influir en la política y la actitud de las y los trabajadores de la salud y el público en general.

**Fuente:** elaboración propia, 2023.

Los instrumentos empleados para la evaluación final del proyecto ASAP implementado con la SPOG Panamá y Perú se resumen en la siguiente tabla (véase Tabla 2).

Tabla 2. Resumen de métodos, tipo de participantes, estrategia de muestreo y número de participantes en Perú y Panamá						
Datos primarios						
Método	Participantes		Estrategia de muestreo		Número de participantes	
	Panamá	Perú	Panamá	Perú	Panamá	Perú
Encuesta de membresía.	Miembros de la SPOG.	Miembros de la sociedad de obstetricia.	Muestreo de conveniencia.		63	82
	No miembros de la SPOG.				4	
Encuesta de fortalecimiento de capacidades.	UGP, persona de contacto y otras que recibieron capacitación de FIGO.		El objetivo era incluir a todas las personas que han recibido formación por parte de la FIGO en el marco de este proyecto.		8	8
Entrevistas informantes clave con las principales partes interesadas.	UGP, persona de contacto, miembros del comité ejecutivo, coordinador de la FIGO del proyecto Panamá.	UGP, persona de contacto, miembros del comité ejecutivo de la SPOG Perú, miembros del comité de aborto seguro.	Muestreo selectivo.	Muestra deliberada.	9	9
Entrevistas semiestructuradas y discusiones de grupos focales con partes interesadas secundarias.	Miembros de la SPOG, responsables políticos (MINSAL, MEDUCA), trabajadores de salud, actores sociales.	Personas trabajadoras de la salud/ miembros de la sociedad (4), representantes de organizaciones de mujeres (2) y asociaciones de jóvenes (3), actores gubernamentales (1), agencias internacionales (2), agencias de las Naciones Unidas (2).	Muestreo selectivo.	Muestra deliberada.	14	14

**Tabla 2. Resumen de métodos, tipo de participantes, estrategia de muestreo y número de participantes en Perú y Panamá (continuación)**

Datos secundarios	
Revisión documental.	Informes anuales de la SPOG Panamá y Perú (narrativo y plan de acción), documentos estratégicos de las sociedades ginecobstétricas, posicionamientos públicos, productos de comunicación e investigación, informe de revisión de medio término.
Recopilación de resultados.	Realizada por la SPOG Panamá y Perú. Revisada por KIT (Royal Tropical Institute), inclusive proceso de justificación de resultados.

**Fuente:** elaboración propia.

## RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación se basan en los aprendizajes y experiencias de los actores primarios y secundarios sobre la implementación y efectividad de las estrategias del proyecto, recogidos en la evaluación final. Aunque existen datos significativos que evidencian las contribuciones positivas del proyecto, aún es temprano para visualizar el impacto de todas las estrategias a largo plazo.

### FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DE GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LAS SOCIEDADES NACIONALES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Las sociedades de obstetricia y ginecología fortalecieron sus estructuras organizativas en términos de gestión de recursos humanos, gobernanza, liderazgo, membresía, gestión de proyectos, administración financiera, *advocacy* y comunicaciones. Aunque la mayoría de estos elementos no estaban directamente relacionados con el trabajo sobre el aborto seguro, esta estrategia contribuyó a fortalecer las capacidades y recursos de las sociedades en áreas previamente descuidadas debido a recursos limitados u otras prioridades. Esto permitió establecer una base sólida para llevar a cabo actividades de *advocacy* efectivas y sostenibles. Ambas sociedades lograron contratar personal, convocar a sus estructuras ejecutivas para diseñar o revisar documentos de gobernanza y políticas, y recibieron capacitación.

## **En relación con el liderazgo y la visibilidad de la SPOG Perú y SPOG Panamá**

Durante el proyecto, la SPOG Perú experimentó cambios significativos en su posición de liderazgo y visibilidad, así como en su fortalecimiento organizativo y la ampliación de alianzas, lo que resultó en un aumento de su membresía.

El 96 % de los miembros encuestados de la SPOG Perú notaron un fortalecimiento en su liderazgo durante la ejecución del proyecto. Además, representantes de organizaciones aliadas coinciden en que la SPOG Perú ha ganado mayor visibilidad y ha consolidado su posición como defensora de los derechos y la salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso al aborto seguro. Esto es de gran importancia debido a la autoridad y credibilidad que la SPOG Perú aporta en este campo.

Por su parte, la SPOG Panamá también experimentó cambios notables que fortalecieron su posición, liderazgo y visibilidad, especialmente a través de su estrategia de comunicación. Además, la sociedad reforzó sus capacidades para una gestión y organización más sólida y sostenible, como la movilización de recursos y la gestión de proyectos.

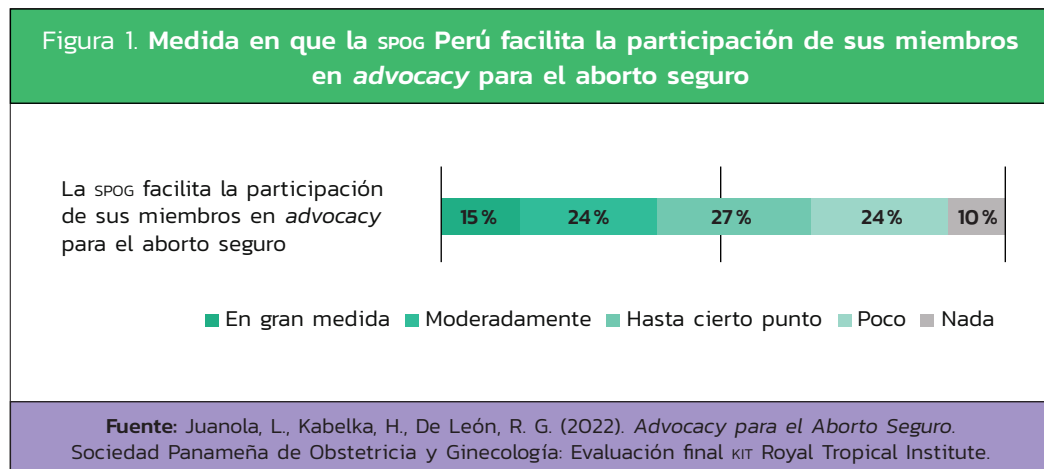
Creo que el posicionamiento del equipo es mucho mayor que el que teníamos antes. El hecho de que la Asamblea Nacional de Diputados nos llame para temas de salud sexual y reproductiva es algo que pocas veces vi anteriormente [...] y ahora constantemente nos llaman de Presidencia, que había pandemia y yo fui como siete veces a la asamblea y ahora por un solo tema nos han llamado tres veces. Entonces sí es algo que se sabe que ya la gente sabe, que es porque existe, y eso nos complace mucho. (Representante de la SPOG Panamá)

Los miembros de la SPOG Panamá resaltan la ampliación de su liderazgo, siendo reconocidos como líderes de opinión no solo en sus ámbitos habituales, sino también en nuevos espacios y entre diversos actores y grupos. El 72 % de los miembros encuestados reconocen que la sociedad tiene una postura definida sobre el aborto seguro, y el 65 % considera que esta postura es del conocimiento público (en comparación con el 30 % en la encuesta inicial).

## **A nivel de fortalecimiento organizacional**

La SPOG Perú fortaleció su sostenibilidad financiera al adquirir un local propio, lo que representa un hito significativo en su desarrollo. Además, ha establecido un área dedicada a proyectos para capitalizar el aprendizaje obtenido durante la implementación del proyec-

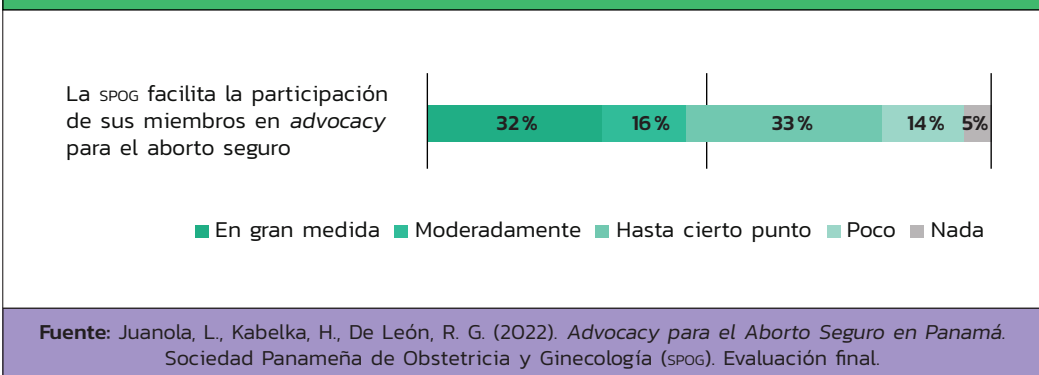
to. En cuanto a la participación de los miembros en acciones de *advocacy* para el aborto seguro, la mayoría de los encuestados cree que la SPOG Perú lo hace hasta cierto punto (ver Figura 1).



El proyecto contribuyó significativamente al fortalecimiento del liderazgo de la SPOG Perú, gracias a la visibilidad que ha proporcionado a la organización. Esto se logró a través de las actividades implementadas y lideradas por la sociedad como mediante el respaldo de recursos financieros y humanos para consolidar e implementar su estrategia de comunicación. La mayoría de los participantes en las capacitaciones del proyecto expresaron sentirse más seguros para trabajar en áreas específicas, como el desarrollo de una estrategia efectiva para el aborto seguro, la redacción de comunicaciones eficaces, el análisis y comunicación de evidencia sobre el aborto, y la elaboración y evaluación de análisis en redes sociales.

Según el 89 % de los miembros encuestados, la SPOG Panamá desempeñó algún tipo de función relacionada con *advocacy* del aborto seguro (Figura 2). El rol que más frecuentemente ha asumido la asociación panameña es la elaboración, difusión y compartición de recomendaciones técnicas sobre el aborto seguro (65 %), seguido de la información a los miembros sobre los marcos legales existentes (56 %), y la promoción de reflexiones sobre las actitudes profesionales en relación con el aborto seguro (40 %).

**Figura 2. Medida en que la SPOG Panamá facilita la participación de sus miembros en *advocacy* para el aborto seguro, según los encuestados (n=63)**



El cambio hacia el entorno virtual, como respuesta a las restricciones de viaje por el COVID-19, modificó la forma en que las sociedades interactuaban con sus miembros, brindando más beneficios y compromiso continuo incluso después de la pandemia.

### CREACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE REDES CON DIFERENTES ACTORES

Los mecanismos de revisión y aprendizaje, tales como reuniones e informes, confirmaron que, desde el inicio del proyecto, las sociedades nacionales estaban colaborando estrechamente con actores clave. En el caso de la SPOG Panamá, donde ya existía una red, esta fue ampliada y fortalecida. Por otro lado, en el caso de la SPOG Perú, aunque no se enfocó en fortalecer o establecer una red de forma estructurada, se consolidaron relaciones previas y se forjaron nuevas alianzas estratégicas.

Las alianzas creadas o fortalecidas fueron multidisciplinarias y multisectoriales, incluyendo organizaciones no gubernamentales (ONG), agencias de las Naciones Unidas, ministerios, escuelas de medicina, otras asociaciones de proveedores de servicios médicos o de salud y asociaciones estudiantiles.

La SPOG Perú, por ejemplo, profundizó su colaboración con estudiantes de medicina, asociaciones estudiantiles y organizaciones juveniles como Estudiantes de Medicina por el Derecho a Decidir. Asimismo, se reforzaron las alianzas con ONG que trabajan en defensa de los derechos de las mujeres, como el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Juntos, organizaron seminarios web y sesiones informativas para sus miembros. Estos eventos brindaron oportunidades de mentoría para médicas y médicos más jóvenes que estaban

aprendiendo a abogar por los derechos sexuales y reproductivos en sus sistemas de salud y en sus currículos universitarios, y amplificaron las voces de los defensores de los derechos sexuales y reproductivos dentro del ámbito médico.

Además, se establecieron relaciones con sociedades científico-médicas; por ejemplo, con la Asociación Psiquiátrica, lo que permitió abordar discusiones sobre la afectación de la salud mental en casos de aborto terapéutico, en situaciones de malformaciones congénitas o de violencia sexual contra niñas y adolescentes.

Creo que las alianzas que hemos tenido han sido importantes. Hemos visto que todas las agrupaciones se están juntando. Eso es algo que yo nunca había visto. Lamentablemente en el Perú, a diferencia de Uruguay y Argentina y otros países como México, las organizaciones no gubernamentales siempre han andado por su lado. Así nunca se va a lograr nada. Ahora me da mucho gusto ver que ha habido una evolución. No necesariamente por este proyecto, pero seguramente que sí algo ha contribuido el proyecto y que las organizaciones han empezado a juntarse y van juntas de la mano. (Miembro de la SPOG Perú)

En el caso de la SPOG Panamá, los resultados de la evaluación final indican que aproximadamente un tercio de los miembros encuestados (33 %) percibieron que la sociedad está estableciendo alianzas con otros actores para mejorar el acceso al aborto seguro, en comparación con el 6 % en la encuesta inicial.

El enfoque en el fortalecimiento de redes se dirigió hacia la consolidación y expansión del Grupo Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Panamá.<sup>2</sup> Aunque este grupo ya existía antes del proyecto, se logró revitalizarlo, manteniendo su funcionalidad y fortaleciendo la coordinación y cooperación entre sus miembros.

En cuanto a la colaboración de la SPOG Panamá con otros actores, es importante destacar los nuevos vínculos establecidos con sociedades científico-médicas. Por ejemplo, con la Sociedad de Pediatría, donde se llevaron a cabo actividades educativas conjuntas sobre señales de abuso sexual en adolescentes, prevención de embarazos adolescentes, y vacunación de mujeres y personas gestantes contra el virus de la COVID-19.

---

<sup>2</sup> El Grupo Nacional de Salud Sexual y Reproductiva está constituido por representantes de los departamentos y programas de salud sexual y materna del Ministerio de Salud (MINSa) y la Caja de Seguro Social (CSS), jefes de maternidad de los principales hospitales del país y representantes de organizaciones civiles dedicadas a la protección y promoción de la salud sexual, como la Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFA), OPS/Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). <https://spogpanama.org/grupo-nacional-de-salud-sexual-y-reproductiva-planifican-acciones-2020/>

Se establecieron nuevas colaboraciones con asociaciones estudiantiles y organizaciones juveniles, como la firma de un memorándum de entendimiento (MoU) entre la SPOG Panamá y la Asociación Panameña de Estudiantes de Medicina (APEMCONI). Esto compromete futuros proyectos para mejorar la capacitación en salud sexual y reproductiva de los estudiantes de medicina, integrando el tema del aborto seguro en su formación médica. Además, se estableció una nueva alianza con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), mediante la firma de un MoU para llevar a cabo futuros proyectos conjuntos orientados a promover actividades de investigación, formación, e intercambio y defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

### **SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL ABORTO SEGURO**

Los resultados y transformaciones en cuanto a la aceptación del aborto han ocurrido en dos niveles. Por un lado, se observa un cambio en la percepción de los profesionales de la salud hacia el aborto seguro, evidenciando una actitud más favorable. Por otro lado, a nivel más público, se ha observado una mayor cobertura del tema del aborto seguro en los medios de comunicación y en la educación sexual escolar, presentando una perspectiva técnica.

### **Cambios en la percepción profesional del aborto seguro o terapéutico**

El cambio de actitudes respecto al aborto entre médicas y médicos ginecobstetras, inclusive residentes, es uno de los resultados más destacables en los tres años de implementación del proyecto en ambos países.

La SPOG Perú reconoce que la mayoría de sus integrantes desconocían el tema del aborto terapéutico, y el proyecto brindó una oportunidad para informar sobre los tipos de aborto que no están penalizados en el país. Las actividades dentro del proyecto mejoraron el conocimiento sobre el aborto en relación con aspectos legales y de salud mental, por ejemplo, mediante actividades de sensibilización y alianzas con la Asociación Psiquiátrica.

El 67 % de los miembros encuestados manifestaron estar dispuestos a brindar servicios de aborto seguro de acuerdo con la ley. Si se suma este porcentaje con aquellos que estarían dispuestos a hacer referencias, el porcentaje se eleva al 96 %.

Estos resultados indican cambios no solo en las opiniones o perspectivas, sino también en la disposición para brindar servicios dentro del marco de la ley. Durante los tres años del proyecto, se observó una transformación en la forma en que los profesionales perciben



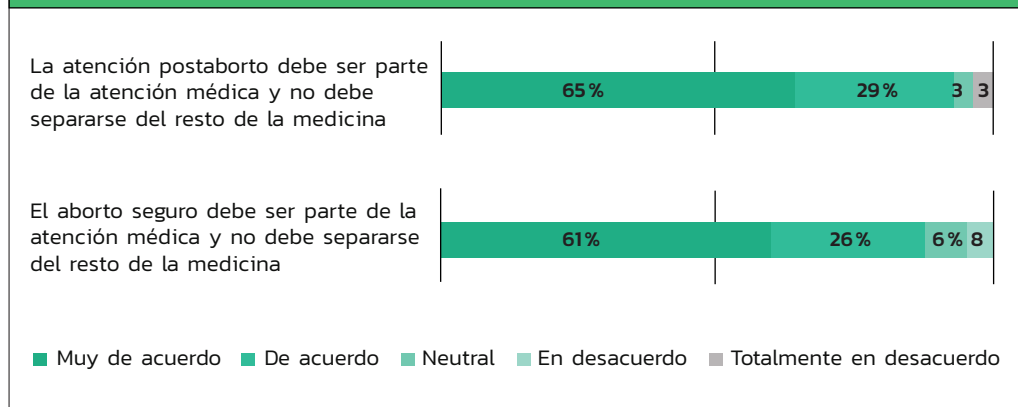
el aborto seguro o terapéutico, particularmente en la resolución de casos complejos, como aquellos relacionados con embarazos producto de violación en niñas y adolescentes.

Yo siento que este proyecto me ha ayudado, me ha hecho crecer mucho más en un tema tan difícil que ahora ya no me parece tan difícil. Un dilema ético que ya no me parece tan dilema. Ahora tengo mucha más seguridad y me ha ayudado a mí también a aprender bastante de este proyecto. La finalidad era llegar a hacer un *advocacy* en aborto seguro y ahora yo me siento mucho más tranquilo, muy fortalecido para poder hablar de este tema. (Miembro de la SPOG Perú)

En el caso de la SPOG Panamá algunas ginecólogas y ginecólogos entrevistados han observado cambios en las actitudes de sus colegas, destacando la importancia de comprender diversas perspectivas. Específicamente, señalaron que en algunos casos estos cambios de percepción implicaron dejar de obstaculizar la prestación de servicios por parte de sus colegas, mientras que, en otros casos, implicaron cambiar sus propias prácticas.

La mayoría de las y los ginecólogos encuestados están de acuerdo en que el aborto seguro, así como la atención postaborto, deben formar parte del sistema de salud pública (ver Figura 3). Además, el 74 % de las personas encuestadas están totalmente en desacuerdo con la idea de que el aborto seguro deba estar prohibido en el sistema de salud pública.

**Figura 3. Opinión de las personas encuestadas de la SPOG Panamá sobre el lugar de la atención del aborto seguro en el sistema de salud pública y la autonomía de los proveedores de atención médica (n=66)**



**Fuente:** Juanola, L., Kabelka, H., De León, R. G. (2022). *Advocacy para el Aborto Seguro en Panamá*. Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología (SPOG). Evaluación final.

## Cambios en la percepción pública sobre el aborto seguro

En Perú, los cambios más destacados han ocurrido en los medios de comunicación, donde se ha observado un aumento en la cobertura del tema del aborto terapéutico, con intervenciones de portavoces de la SPOG Perú para proporcionar una perspectiva médico-técnica.

Por ejemplo, el canal tvPerú<sup>3</sup> abordó el tema del aborto terapéutico en una entrevista con un portavoz de la SPOG Perú, y también incluyó a otro portavoz de la sociedad en un programa especial sobre la despenalización del aborto en Argentina, lo que generó un debate en Perú. Además, varios periódicos (por ejemplo: *Expreso*,<sup>4</sup> *Correo*<sup>5</sup> y *La Razón*<sup>6</sup>) han tratado temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y el aborto terapéutico.

El proyecto facilitó la implementación de una estrategia de comunicación integral que ha elevado el perfil de la SPOG Panamá como una voz influyente no solo entre la comunidad médica, sino también entre la población en general. Además de proporcionar capacitación, el proyecto promovió el debate sobre las posturas profesionales y personales con respecto al aborto seguro dentro del marco legal. Anteriormente, la SPOG Panamá se centraba en la audiencia médica, pero los datos de esta evaluación indican que, durante la implementación del proyecto, la sociedad ha adaptado su enfoque y, según sus miembros, ha ganado una mayor influencia en la percepción pública.

Yo creo que la Sociedad de Ginecología [SPOG Panamá] siempre ha tratado de ser proactiva e innovadora. Sin embargo, me parece que la proyección social le faltaba bastante. O sea, que estábamos muy metidos en nosotros mismos, en la capacitación del profesional, pero como que no aterrizamos en la población. Entonces me pareció que esa proyección social que se logró con el proyecto era importante. Tal vez es solo lo que me parece que logró más el proyecto, pero esa conexión con la población y la postura como tal frente al parecer con respecto al aborto, seguro que se ha visto algún cambio en el camino. (Miembro de la SPOG Panamá)

<sup>3</sup> <https://www.tvperu.gob.pe/videos/especiales-tvperu/especiales-tvperu-tvperu-10012021>

<sup>4</sup> <https://www.expreso.com.pe/medicina/el-embarazo-adolescente-se-incremento-en-12-durante-pandemia-del-covid-19-sena-lan-especialistas/>

<sup>5</sup> [diariocorreo.pe/peru/embarazo-de-adolescentes-crecio-en-12-en-peru-sociedad-peruana-de-obstetricia-noticia/](https://diariocorreo.pe/peru/embarazo-de-adolescentes-crecio-en-12-en-peru-sociedad-peruana-de-obstetricia-noticia/)

<sup>6</sup> <https://larazon.pe/durante-pandemia-del-covid-19-el-embarazo-adolescente-se-incremento-en-12-por-ciento/>

A nivel de cambios en la percepción pública, destaca la profesionalización y el aumento en la diversificación de las comunicaciones de la SPOG Panamá en las redes sociales, así como su mayor presencia en los medios de comunicación tradicionales.

La experiencia del proyecto ha evidenciado que, al considerar el aborto seguro como parte integral de la salud sexual y reproductiva, y reconocer su interconexión con otros factores que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres, se facilita el alcance de los objetivos de sensibilización. Se resaltó la importancia de la nueva estrategia de la SPOG Panamá, que no se limita únicamente a la divulgación de información, sino que promueve el diálogo, responde a preguntas y permite que la audiencia participe activamente en la orientación de la sensibilización.

### **DIFUSIÓN DE MARCOS LEGALES Y GUÍAS TÉCNICAS**

El proyecto fortaleció la comprensión y las relaciones entre los estándares internacionales de derechos humanos, lo que posibilitó que las sociedades llevaran a cabo acciones de defensa. Estas acciones incluyeron el desarrollo de directrices o normativas destinadas a atender las barreras que afectan el acceso de las mujeres, niñas y otras personas gestantes a la atención del aborto seguro. Se enfocaron especialmente en poblaciones indígenas, habitantes de zonas rurales y adolescentes, que enfrentan un mayor riesgo de recurrir al aborto inseguro.

Durante la implementación del proyecto, la SPOG Perú llevó a cabo diversas acciones de *advocacy*, entre las que destaca la actualización y aprobación de la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos para la atención del aborto terapéutico del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Además, la SPOG Perú emitió comunicados y recomendaciones técnicas sobre las prioridades de salud emergentes en el país, especialmente en relación con la pandemia de COVID-19 y sus implicaciones para la salud reproductiva de las mujeres y personas gestantes.

Otro logro importante fue la aprobación de la Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar Afectados por Violencia Sexual, mediante la Resolución Ministerial N° 649-2020 del MINSA. Esta norma es crucial en el contexto del aborto terapéutico, ya que establece vínculos directos entre los casos de violencia sexual y los procedimientos y directrices nacionales para la atención integral de las personas gestantes que requieren interrupción voluntaria del embarazo (IVE) por indicación terapéutica.

El proyecto también contribuyó a mejorar el conocimiento del marco legal y regulatorio sobre la interrupción legal del embarazo entre las médicas y médicos ginecobstetras en

Perú. Al final del periodo del proyecto, el 40 % de los miembros encuestados tenía conocimiento del marco legal, mientras que el 77 % estaba familiarizado con el contenido de los lineamientos técnicos nacionales.

En lo que respecta a la SPOG Panamá, se destacan diversos resultados significativos en relación con la estrategia de difusión e implementación de marcos legales y guías técnicas; entre ellos, la sensibilización de profesionales de la salud acerca del marco legal vigente, la elaboración y publicación de guías y recomendaciones sobre la atención a personas gestantes durante la pandemia de COVID-19, y la creación, validación y aprobación de guías técnicas nacionales en materia de atención a casos de violencia sexual.

La sociedad panameña lideró campañas de sensibilización sobre el marco legal a través de redes sociales y medios de comunicación tradicionales. Además, organizó *webinars* y talleres donde se propició el diálogo entre médicas y médicos, expertos en la materia y, en ocasiones, también autoridades políticas.

Según la evaluación final, la mayoría de los miembros encuestados consideraron estar muy informados sobre las leyes nacionales relacionadas con el aborto seguro (87 %), las políticas nacionales (60 %) y las directrices internacionales sobre el tema (52 %). Estos porcentajes representan un aumento significativo con respecto a la encuesta inicial, donde estos valores fueron del 68 %, 32 % y 39 %, respectivamente.

Un logro destacado del proyecto fue la elaboración y validación del Protocolo Nacional de Atención Integral de Violencia Sexual contra Mujeres, Niñas y Adolescentes, una herramienta que no existía previamente. Este protocolo proporciona una guía clara y didáctica para abordar los diferentes pasos en la atención de estos casos, garantizando así el cumplimiento de los procedimientos adecuados para asegurar una atención integral y proteger los derechos de las mujeres sobrevivientes de violencia sexual, incluyendo el acceso a servicios de calidad como la prevención de embarazos o la interrupción legal del embarazo.

El protocolo de violencia me parece positivo porque es algo muy concreto y es una herramienta útil para el profesional y además para la persona que pueda sufrir la violencia, porque es claro, está hecho de manera que no se necesita ser médico para comprenderlo. O sea, que cualquier profesional de salud, inclusive cualquier persona que trabaja en el área sexual y reproductiva [puede comprenderlo]. Eso me parece un logro muy concreto. (Miembro de la SPOG Panamá)

## GENERACIÓN Y USO DE EVIDENCIA

En Perú se produjeron cambios significativos en la generación y aplicación de evidencia, destacando la realización y publicación de cuatro estudios de investigación (Guevara Ríos *et al.*, 2021, 2022; Guevara-Ríos *et al.*, 2019; Matzumura *et al.*, 2022). Estos estudios son evidencia para respaldar futuras argumentaciones sobre la causal violación y malformaciones congénitas, y también para desmontar argumentaciones sobre daños psicológicos como consecuencia de un aborto terapéutico.

Ha sido un logro muy importante tener investigaciones o evidencia científica basada en la realidad peruana, y que esto nos permita enseñar a todos que se está investigando un tema sobre el que antes no se hablaba, como [es] el aborto terapéutico. Estas investigaciones sirven justamente a las organizaciones no gubernamentales para que tengan un sustento científico. Una de las cosas más importantes es haber hecho el estudio sobre abortos terapéuticos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante diez años, porque ahí se ve que la principal razón para hacer un aborto terapéutico es por razones de salud mental. Y dentro de ese proceso de salud mental están justamente las malformaciones congénitas incompatibles con la vida y la violación. Ese es un sustento que debería servir como evidencia científica para decidir cambiar las leyes, y ya estamos haciendo esto. Entonces ya la ley debería incluir claramente la violación y las malformaciones congénitas. Eso es para el futuro. Yo creo que eso vamos a tener que trabajarlo en el futuro con las organizaciones. Hay que explicar todo esto y debe dar un buen resultado. (Miembro de la SPOG Perú)

Este testimonio resalta la importancia de que la SPOG Perú lleve a cabo investigaciones científicas para desacreditar argumentos que estigmatizan el aborto seguro. Una de las áreas de mejora identificadas para la SPOG Perú es la capacitación de los miembros de las filiales en la realización y apoyo de investigaciones desde dichas filiales.

En cuanto a Panamá, uno de los logros destacados del proyecto fue el progreso en la implementación del Sistema Informático Perinatal (SIP) Web Plus en hospitales pertenecientes al MINSA y la CSS, así como su efectiva puesta en marcha y uso, gracias a supervisión y capacitación, junto con la realización de nuevos estudios relacionados con el aborto seguro.

La integración del SIP facilita la caracterización de la población que accede a los servicios de aborto y es posible evaluar la calidad de la atención de acuerdo con los estándares establecidos. Este sistema también permite la programación de recursos y personal ne-

cesario, así como mejoras en la prestación de servicios. Además, proporciona datos para la realización de estudios clínicos que respalden la mejora de los protocolos de atención basados en la evidencia médica.

Se organizaron múltiples sesiones de capacitación en hospitales, presenciales y virtuales, como parte del proyecto para implementar el sistema. Los principales desafíos fueron la falta de infraestructura digital y la escasez de conocimientos técnicos, generando escepticismo sobre la viabilidad del sistema en algunos hospitales.

... Entonces yo le decía: “qué bonito que un proyecto como este haga que en el país entiendan lo importante que es poder unificar cifras por el bien de la población”. [...] Entonces eso se pudo lograr de una manera más cordial. Reunirnos, trabajar en eso, creo que fue muy, muy positivo. Y yo sé que probablemente sobre eso el proyecto pueda reportar cuando arrancamos, pero ese no va a ser el mayor resultado del proyecto. Yo creo que lo más bonito del proyecto va a ser cuando en un año, o dos años, puedan decir: “mira, Panamá acaba de sacar sus datos reales de país en algo que nosotros trabajamos hace un año, o dos años atrás”. Entonces creo que eso es lo más valioso. (Representante de la spog Panamá)

Como el testimonio anterior lo resalta, la implementación del SIP Web Plus es uno de los principales logros de este proyecto por ser un cambio sistémico de gran alcance.

## PRINCIPALES APRENDIZAJES

En el contexto peruano, el fortalecimiento y liderazgo de la spog Perú ha sido clave para avanzar en los objetivos estratégicos, especialmente en temas sensibles como el aborto terapéutico. Fue importante mantener un enfoque de salud pública en este tema, no solo para su posicionamiento en debates públicos y políticos, sino también para asegurar la asignación adecuada de recursos humanos y financieros que respalden su liderazgo. La experiencia de la spog Perú sugiere que, aunque la colaboración en redes y alianzas es necesaria para el entorno favorable del aborto terapéutico, no es indispensable que estas redes estén formalmente establecidas. Se requieren recursos humanos y financieros consistentes, así como objetivos y metas definidos para asegurar la sostenibilidad de estas redes, aunque estas condiciones pueden depender de la coyuntura social y política. El esfuerzo dedicado a establecer y mantener alianzas

estratégicas permite sentar las bases para un respaldo más amplio y sólido hacia el aborto seguro. En momentos propicios en el contexto sociopolítico del país, esta red informal de actores podría evolucionar hacia una configuración de mayor magnitud y trascendencia.

La estrategia de sensibilización buscó cambios en actitudes y prácticas, considerándose como *advocacy*, aunque de manera indirecta. Sin embargo, sus transformaciones requieren esfuerzos continuos y son difíciles de cuantificar. La diversidad geográfica del territorio peruano presenta desafíos para la implementación eficaz de un solo proyecto. Como alternativas, se podrían considerar la focalización en grupos específicos para la sensibilización o el desarrollo de nuevas vocerías en lugar de buscar cambios de actitudes generalizados hacia el aborto seguro.

En relación con el trabajo a nivel de marcos regulatorios, la SPOG Perú enfrenta limitaciones en su labor debido al contexto legal existente. Su papel radica en brindar perspectivas técnicas y médicas en discusiones sobre regulaciones, colaborando estrechamente con instituciones públicas y respetando el marco legal vigente. Aunque puede liderar la difusión de guías técnicas, no puede supervisar su implementación en hospitales, pues es una tarea de las entidades gubernamentales. Finalmente, a nivel de la generación de evidencia, los cambios estructurales en sistemas de registro a nivel nacional son complejos y exceden sus competencias. Sin embargo, la investigación específica realizada por la SPOG Perú constituye una valiosa fuente de datos, con potencial para influir en debates públicos y políticos.

En el contexto panameño, se destaca la importancia de una comunicación amplia y contextualizada dirigida a diversas audiencias y adaptada a diferentes formatos, en donde se cuida la manera en que se estructuran los argumentos y narrativas en torno al aborto seguro; por ejemplo, la vinculación con la reducción de la mortalidad materna, la promoción de la planificación familiar y la educación sexual, y la adopción progresiva de una perspectiva de derechos fueron argumentos clave para la implementación del proyecto.

Los resultados del proyecto evidencian la complementariedad e interconexión de diversas estrategias de promoción y defensa. Por ejemplo, el establecimiento de alianzas estratégicas con actores de sectores diversos, como el educativo o el de salud adolescente, ha facilitado la inclusión del tema del aborto seguro en discusiones más amplias sobre salud sexual y reproductiva. Estas alianzas también han propiciado oportunidades para la elaboración y aprobación de nuevas directrices nacionales sobre cuestiones relacionadas, como la atención a casos de violencia sexual o la educación en sexualidad.

Al igual que en el contexto peruano, cuantificar los cambios de actitudes representa un reto dado que suelen ocurrir en tiempos más amplios, no obstante, no se descarta su existencia, especialmente cuando las estrategias de sensibilización están dirigidas a audiencias amplias y diversas. Del mismo modo, los cambios en los marcos regulatorios, incluso si se materializan en forma de directrices técnicas, demandan plazos prolongados y la colaboración de múltiples actores, y están condicionados por la coyuntura social y política del país.

La experiencia de la SPOG Panamá con el SIP Web Plus mostró que, en un lapso relativamente breve, como tres años, es factible lograr cambios sistémicos, nacionales y sostenibles de relevancia. Este proceso parece favorecerse cuando las estrategias y metas se alinean con esfuerzos e iniciativas previamente establecidos. Además, a largo plazo, los progresos en la mejora del sistema de registro de datos sobre el aborto pueden enriquecer los debates públicos y políticos sobre esta cuestión.

## REFLEXIONES FINALES

Las cinco estrategias —fortalecimiento de la gestión y organización de las sociedades nacionales, establecimiento de redes, aceptación del aborto seguro en personal médico, difusión y sensibilización sobre marcos legales y guías técnicas, y generación y uso de evidencia— fueron relevantes y necesarias en ambos países. Este proyecto de *advocacy* proporcionó elementos clave para un cambio duradero; por ejemplo, la formación de Unidades de Gestión de Proyectos en las sociedades para impulsar la agenda y actividades de defensa. Las y los ginecobstetras involucrados en el trabajo de una sociedad no siempre tienen tiempo suficiente para organizar las actividades necesarias para implementar un proyecto. Del mismo modo, contar con personal no clínico desempeñando roles en comunicaciones, finanzas, monitoreo y evaluación asegura que las y los actores con mayor influencia puedan enfocarse en su área crítica de impacto. Aunque el proyecto ha fortalecido a las sociedades para posicionarse como agentes de cambio en torno a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, el ritmo al que seguirán haciéndolo inevitablemente disminuirá si no hay financiamiento o personal dedicado específicamente a estas tareas.

Por otro lado, el proyecto reveló los complejos y prolongados procesos necesarios para lograr un cambio a nivel nacional o en los resultados de salud. El corto plazo del proyecto dificultó observar los resultados a largo plazo que se espera que el trabajo eventualmente produzca, tanto en cambios de actitudes como en marcos legales a nivel nacional. Los



cambios para mejorar las actitudes llevan un tiempo considerable, y las redes también requieren inversiones a largo plazo para dar frutos y ser sostenibles.

Para la FIGO, trabajar con estas sociedades de obstetricia y ginecología ha sido un elemento importante en su compromiso con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. FIGO continuará abogando por un mejor acceso al aborto seguro a través del trabajo con sociedades nacionales de obstetricia y ginecología, campañas internacionales y educación a través de su revista científica, conferencias, seminarios web y comunicaciones. Especialmente dado el clima actual a nivel global, el trabajo en niveles internacional, regional y nacional debe continuar, con las sociedades de obstetricia y ginecología permaneciendo activamente comprometidas en este tema para asegurar que no se pierdan los avances y que el movimiento continúe hacia una mejor salud y derechos humanos para mujeres, niñas y otras personas gestantes. Este proyecto reafirma la función inherente de las sociedades de obstetricia y ginecología como líderes nacionales en salud sexual y reproductiva, así como su importancia en la promoción del acceso al aborto seguro.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barclay, H., Dattler, R., Lau, K., Abdelrhim, S., Marshall, A., y Feeney, L. (2015). *Objetivos del Desarrollo Sostenible. Guía de implementación nacional para OSC dedicadas a SDSR*. Disponible en: [https://www.ippf.org/sites/default/files/sdg\\_a\\_srh\\_guide\\_to\\_national\\_implementation\\_spanish\\_web.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/sdg_a_srh_guide_to_national_implementation_spanish_web.pdf). Consultado el 24 de septiembre 2024.
- Chavkin, W., Stifani, B. M., Bridgman-Packer, D., Greenberg, J. M. S., y Favier, M. (2018). Implementing and expanding safe abortion care: An international comparative case study of six countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 143(S4), 3-11. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12671>
- De Vries, I., Juanola van Keizerswaard, L., Tolboom, B., Bulthuis, S., Van der Kwaak, A., Tank, J., De Koning, K. (2020). Advocating safe abortion: outcomes of a multi-country needs assessment on the potential role of national societies of obstetrics and gynecology. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 148(3), 282-289. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13092>
- Guevara-Ríos, E., Luna-Figueroa, A., Gutiérrez-Ramos, M., Ayala-Peralta, F. D., Carranza-Asmat, C., Arango-Ochante, P., Espinola-Sánchez, M., Minaya-León, P., Mascaro-Sánchez, P., Díaz-Villar, J., Loo-Choy, F., Kobayashi-Tsutsumi, L., Celedonio-Salvador, D., Almeyda-Castro, L., Juárez-Montalvan, J., Lachira-León, L., Makiya-Onaga, L., Cabrera-Olórtegui, F. J., Mejico Caja,

- M., y Racchumí-Vela, A. (2019). Estudio comparativo en el manejo médico del aborto terapéutico entre el uso de mifepristone más misoprostol y el uso de misoprostol solo. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal* 8(4), 41-47. <https://doi.org/10.33421/inmp.2019172>
- Guevara Ríos, E., Carranza-Asmat, C., Meza-Santibañez, L., Ayala-Peralta, F., Arango-Ochante, P., Espinola-Sánchez, M., Guevara Beltrán, N. P., Mejía-Muñoz, A. M., Rondón Rondón, M. (2021). Caracterización epidemiológica, anticoncepción y bienestar psicológico en mujeres a dos años post aborto terapéutico. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal* 10(2), 9-16. <https://doi.org/10.33421/inmp.2021233>
- Guevara Ríos, E., Meza Santibañez, L., Carranza Asmat, C., Arango-Ochante, P., Ayala Peralta, F., Gutiérrez-Ramos, M., Espinola-Sánchez, M. (2022). Caracterización del aborto terapéutico en un Hospital nivel III de Perú durante 12 años de experiencia. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal* 10(4), 12-23. <https://doi.org/10.33421/inmp.2021253>
- Holcombe, S. J. (2018). Medical society engagement in contentious policy reform: the Ethiopian Society for Obstetricians and Gynecologists (ESOG) and Ethiopia's 2005 reform of its Penal Code on abortion. *Health Policy and Planning* 33(4), 583-591. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy019>
- Holcombe, S. J., y Kidanemariam Gebru, S. (2022). Agenda setting and socially contentious policies: Ethiopia's 2005 reform of its law on abortion. *Reproductive Health* 19. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01255-z>
- Hord, C. (2001). *Making safe abortion accessible: A practical guide for advocates*. Chapel Hill.
- Ipas. (2015). Women's Access to Safe Abortion in the 2030 Agenda for Sustainable Development: Advancing Maternal Health, Gender Equality, and Reproductive Rights. Disponible en: <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/07/SDAFCTE15-2030AgendaforSustainableDevelopment.pdf>. Consultado el 24 de septiembre 2024.
- Jaldesa, G. W. (2014). Contribution of obstetrics and gynecology societies in East, Central, and Southern Africa to the prevention of unsafe abortion in the region. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 126(S1), 13-16. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.03.007>
- Juanola, L., Guevara, S., y Ayala, F. (2022a). *Advocacy para el aborto terapéutico. Proyecto de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia*. Disponible en: [https://www.kit.nl/institute/publication/advocacy-para-el-aborto-terapeutico-peru/?alt\\_nav=5274](https://www.kit.nl/institute/publication/advocacy-para-el-aborto-terapeutico-peru/?alt_nav=5274). Consultado el 24 de septiembre 2024
- Juanola, L., Kabelka, H., y De León, R. G. (2022b). *Advocacy para el aborto seguro en Panamá. Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología (SPOG)*. Disponible en: <https://www.kit.nl/institute/publication/advocacy-para-el-aborto-seguro-en-panama/>. Consultado el 24 de septiembre 2024

- Juanola van Keizerswaard, L., De Vries, I., Moran, N., Poorter, S., Kok, M., Zamberlin, N., Kim, S., Favier, M., Chavkin, W. (2024). The role of healthcare providers in expanding legal abortion: Qualitative insights from Argentina, Ireland, and South Korea. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 164(S1), 21-30. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15333>
- Leke, R. J. I. (2014). Contribution of obstetrics and gynecology societies in West and Central African countries to the prevention of unsafe abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 126(S1), 17-19. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.03.008>
- Mark, A. G., Wolf, M., Edelman, A., y Castleman, L. (2015). What can obstetrician/gynecologists do to support abortion access? *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 131(S1), 53-55. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.011>
- Matzumura, J., Gutierrez-Crespo, H., Guevara, E., Meza, L., y La Rosa, M. (2022). Support Systems and Limitations in Therapeutic Abortion Care by the Gynecologist-Obstetrician of Public Hospitals in Peru. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 44(6), 560-566. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1746198>
- Morris, J. L., Armitage, S., Davis, J., Kaur, J., Pretty, M., Ea, S., Seok, J., y De Vries, I. (2024). Professional societies of obstetrics and gynecology as agents of change in sexual and reproductive health: FIGO's 10-country safe abortion advocacy project in Africa and Latin America. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 164(S1), 31-41. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15334>
- Padilla de Gil, M. (2014). Contribution of the Central American and Caribbean obstetrics and gynecology societies to the prevention of unsafe abortion in the region. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 126(S1), 10-12. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.03.005>
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M., y Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health* 2(6). [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
- Sharma, R. R. (1995). *An introduction to advocacy: Training Guide*. Disponible en: <https://www.ngoconnect.net/sites/default/files/resources/An%20Introduction%20to%20Advocacy%20-%20Training%20Guide.pdf>. Consultado el 24 de septiembre 2024
- Tavara, L. (2014). Contribution of obstetrics and gynecology societies in South America to the prevention of unsafe abortion in the region. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 126(S1), 7-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.03.011>
- Turner, K. L., Weiss, E., y Gulati-Partee, G. (2009). *Providers as Advocates for Safe Abortion Care: A Training Manual*. Disponible en: <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/06/PAACU-RRE10-ProvidersasAdvocates.pdf>. Consultado el 24 de septiembre 2024
- Wilson-Grau, R., y Britt, H. (2013). *Cosecha de Alcances*. Disponible en: [106](https://www.outcomemap-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

ping.org/resources/cosecha-de-alcances. Consultado el 24 de septiembre 2024

Zaidi, S., Begum, F., Tank, J., Chaudhury, P., Yasmin, H., Dissanayake, M. (2014). Achievements of the FIGO Initiative for the Prevention of Unsafe Abortion and its Consequences in South-Southeast Asia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 126(S1), 20-23. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.03.015>



## 4. Clarificación de valores: alianzas con sociedades médicas para promover una salud reproductiva basada en derechos humanos en América Latina y el Caribe

BIANI SAAVEDRA AVENDAÑO, MARA ZARAGOZA LEDESMA,  
GUILLERMO ORTIZ AVENDAÑO

### RESUMEN

Dieciocho asociaciones de médicas y médicos ginecobstetras en la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC) vinculadas a través de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), con el acompañamiento de Ipas LAC y Planned Parenthood Global, participaron en el proyecto colaborativo “Clarificación de valores en salud sexual y reproductiva en América Latina con énfasis en países vulnerables”. El objetivo de este capítulo es documentar la colaboración y mostrar los resultados del proyecto, así como resaltar y discutir los retos y oportunidades en su desarrollo y uso posterior. Se desarrolló un plan para poner en marcha en cascada la metodología de clarificación de valores (VCAT) con el objetivo de sensibilizar a las y los médicos de la región sobre derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en aborto. Se realizaron talleres de capacitación a capacitadores en VCAT, participaron 36 personas afiliadas a dieciocho sociedades médicas; 40 % se sentían muy preparadas para conducir talleres VCAT en sus países, 58 % se sentían preparadas y 2 % poco preparadas. Se desarrollaron 44 talleres VCAT réplica con 1182 profesionales de diferentes perfiles: 40 % ginecólogos obstetras, 35 % residentes y 25 % de otros profesionales. Las personas participantes reconocieron que los talleres VCAT les permitieron reflexionar sobre sus posturas personales y generar nuevas perspectivas y enfoques sobre los derechos sexuales y reproductivos. La metodología VCAT tiene el potencial de contribuir con el avance en la agenda de derechos humanos entre el gremio médico de LAC.

**Palabras clave:** aborto, clarificación de valores, derechos reproductivos, trabajo colaborativo.

## INTRODUCCIÓN

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) es la alianza más grande de sociedades nacionales de obstetricia y ginecología: representa a más de 130 sociedades autónomas de profesionales en el mundo (International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2024). FIGO ha estado activamente involucrada en el tema del aborto desde 2007, con la formación de un grupo de trabajo de expertos y la creación de un proyecto internacional centrado en reducir el aborto inseguro y sus consecuencias (Shaw, 2007; 2010). En 2018, FIGO centró su estrategia para mejorar el acceso al aborto en: a) actividades de fortalecimiento de capacidades de gestión y organización de las sociedades médicas nacionales aliadas, b) el establecimiento de redes de actores clave para abogar por aborto seguro y su acceso, y c) en la promoción de la aceptación del aborto seguro entre profesionales de la salud y la población en general (De Vries *et al.*, 2020; Morris *et al.*, 2024).

En consonancia con la estrategia planteada por FIGO y tomando en cuenta los retrocesos en materia de derechos sexuales y reproductivos como consecuencia de la pandemia de COVID-19, dieciocho sociedades y asociaciones de médicas y médicos ginecobstetras en la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC) vinculadas a través de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) participaron en actividades de sensibilización sobre derechos sexuales y reproductivos y en particular sobre el aborto seguro y, como resultado, elaboraron las Declaraciones de Panamá y de Cartagena en agosto y noviembre de 2022 (Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia, 2022; International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2022). En ambas declaraciones, Ipas LAC tuvo participación como organización técnica experta en el tema. En ellas, se reconoce el importante papel de las y los profesionales de la salud como piezas fundamentales para promover, defender y proveer cuidados a la salud basados en derechos humanos. Particularmente en el campo de la salud reproductiva en el contexto latinoamericano, se reconoce la necesidad de formar líderes que promuevan la agenda de derechos en sus ámbitos de acción.

La región de LAC es una de las áreas geográficas con leyes de aborto más restrictivas en el mundo. Aun cuando ha habido progresos en la región en términos de leyes y

políticas sobre el aborto, el ambiente predominante sigue siendo restrictivo. Mujeres, adolescentes, niñas y personas con capacidad de gestar enfrentan barreras para ejercer sus derechos reproductivos (Gialdini *et al.*, 2024). Experiencias en contextos con regulaciones legales restrictivas que validan el acceso al aborto solo a través de un sistema de causales (aborto por violación, por riesgo de muerte o para preservar la salud de la persona) han mostrado el importante papel que tienen las y los profesionales de la salud para ampliar el acceso a servicios integrales, de calidad, libres de estigmas y basados en derechos humanos (Fiol *et al.*, 2016; Küng *et al.*, 2018).

Ipas LAC es una organización de la sociedad civil que promueve y defiende los derechos reproductivos en LAC. De acuerdo con el ecosistema del aborto (Ipas, 2021) que guía las estrategias y acciones de la organización, las normas sociales y el estigma alrededor de este procedimiento de salud son factores que obstaculizan el acceso a la atención segura, integral y basada en derechos humanos. Por lo anterior, Ipas desarrolló una metodología denominada *values clarification for action and transformation* (clarificación de valores para la acción y la transformación, vCAT por sus siglas en inglés) (Ipas, 2023). vCAT es una metodología de análisis y reflexión conformada por una serie de herramientas y recursos que permiten identificar y cuestionar el origen de nuestras creencias y valores en torno al aborto. Busca que las y los participantes profundicen sobre los valores elegidos para actuar en congruencia, en un continuo que va de la reflexión a la acción. Es muy importante aclarar que el objetivo de la vCAT no es modificar los valores de las personas, sino promover la reflexión sobre las posturas aprendidas en torno al aborto, a través de un análisis profundo y cuidadoso del sistema individual de creencias y de los factores que motivan cambios en las actitudes y comportamientos (Ipas, 2023).

Las Declaraciones de Panamá y Cartagena, desarrolladas por las sociedades y asociaciones de médicas y médicos ginecobstetras en LAC, reconocen en la metodología vCAT una oportunidad para informar y sensibilizar a las y los médicos ginecólogos y obstetras, así como a otros profesionales de la salud, sobre la importancia del acceso a la salud sexual y reproductiva con una perspectiva libre de estigmas y basada en derechos humanos. Por ello, en un esfuerzo colaborativo entre FIGO, FLASOG, Ipas LAC, Planned Parenthood Global y dieciocho sociedades médicas se desarrolló el proyecto “Clarificación de valores en salud sexual y reproductiva en América Latina con énfasis en países vulnerables”, que buscó fortalecer a los líderes de las dieciocho sociedades afiliadas a FLASOG para lograr un mayor compromiso por la defensa de todos los derechos sexuales y reproductivos, incluido el aborto, como parte inseparable de los derechos humanos.



El objetivo del presente capítulo es documentar la experiencia del proyecto colaborativo en LAC antes mencionado al usar la metodología vCAT propuesta y desarrollada con las sociedades médicas por Ipas LAC. Buscamos rescatar los resultados de la aplicación de vCAT, así como resaltar y discutir los retos y oportunidades en su desarrollo y uso posterior.

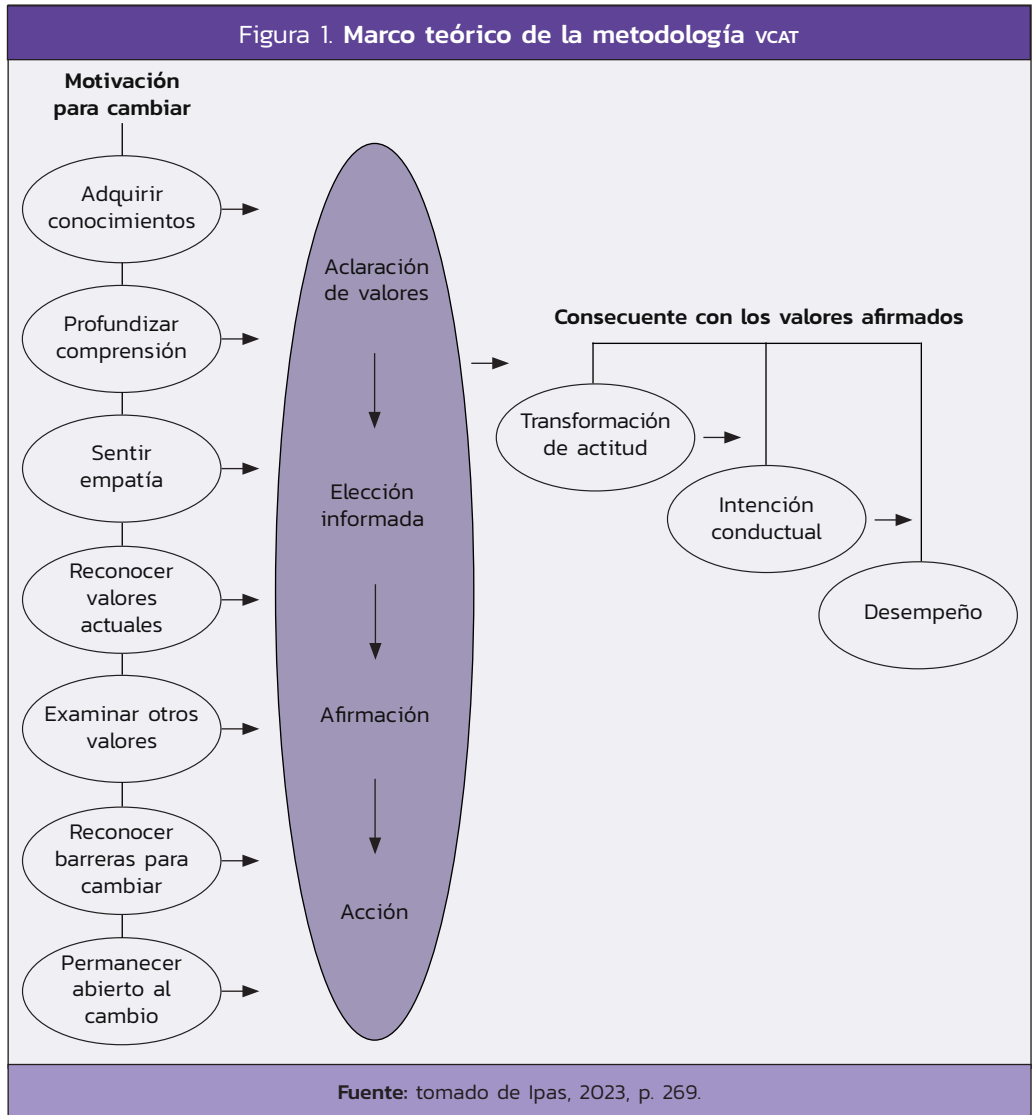
## METODOLOGÍA vCAT Y TRANSFORMACIÓN DE ACTITUDES EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La vCAT es una metodología basada en la psicología humanista (Rokeach, 1973) que busca propiciar una autoexploración sincera sobre los valores y razonamientos morales individuales para hacerlos conscientes y después ligarlos a actitudes y acciones cotidianas (Ipas, 2023, p. 266). La metodología consiste en crear un espacio seguro y cómodo para las y los participantes y analizar los tres pasos centrales del proceso de calificación de valores: 1) elección informada: seleccionar un valor entre varias alternativas, considerando las consecuencias de tal decisión, 2) afirmación: apreciar cómo la elección de un valor en particular se asocia con sentimientos de satisfacción, afirmación y confianza, y 3) acción: actuar en consecuencia con el valor seleccionado y analizar las repercusiones (Raths *et al.*, 1966).

De acuerdo con el marco teórico de vCAT, el proceso de clarificación de valores inicia con la motivación de quienes participan para examinar sus razonamientos morales y abrirse al cambio (véase Figura 1). Posteriormente, mediante la transmisión y recepción de conocimientos se busca generar empatía, para después reconocer de manera honesta y sin prejuicios el origen de los valores actuales sobre una temática en particular. Esta es la base que posibilita examinar y analizar con profundidad valores diferentes a los propios, así como explorar las barreras personales, sociales y culturales que obstaculizan o dificultan un cambio. La finalidad última del vCAT no es transformar los valores de las personas, sino lograr que las y los participantes mantengan una actitud flexible y abierta al cambio (Ipas, 2023, p. 269). El proceso antes descrito está íntimamente relacionado con los pasos centrales de la clarificación de valores: 1) elección informada, 2) afirmación, y 3) acción (Figura 1).

Si bien el vCAT desarrollado por Ipas está enfocado en la clarificación de valores asociados con el aborto, es importante resaltar que esta metodología permite su adaptación a cualquier tema: anticoncepción, anticoncepción de emergencia, violencia de género, y

sexualidad y derechos reproductivos en grupos particulares como adolescentes y personas con discapacidad, entre muchos otros tópicos.



Para el examen de los valores relacionados con el aborto, el conjunto de herramientas que propone el manual de VCAT de Ipas busca propiciar diálogos grupales abiertos basados

en las experiencias de las personas participantes. Estas conversaciones, la mayoría de las veces, implican exponer un grado de vulnerabilidad emocional, reflexión personal y crítica. Si bien actualmente hay un sinnúmero de herramientas tecnológicas al servicio de los procesos de enseñanza-aprendizaje, el principal instrumento de la clarificación de valores es el diálogo. El diálogo interno a través de introspecciones, resolución de cuestionarios personales y remembranzas guiadas se combina con discusiones en parejas, pequeños grupos y plenarios. La toma de decisiones en situaciones hipotéticas y la búsqueda colectiva de respuestas sobre los motivos por los que las personas abortan, entre otras actividades reflexivas, son oportunidades únicas para crear conversaciones en donde suelen expresarse pensamientos antes no explorados.

La metodología VCAT es un espacio para hablar de los aspectos no médicos del aborto, como son las creencias personales y su origen. En el proceso tienen cabida los sentimientos de incomodidad hacia el aborto. Las personas descubren qué aspectos les confrontan, de tal manera que, a medida que se exponen vivencias personales e historias de las cuales han sido testigos, el aborto deja de ser una idea abstracta para dar paso a una historia individual concreta, con sus propios contextos y particularidades. La clarificación de valores se encarga de dar lectura a esas historias desde los determinantes sociales de la salud, las fallas estructurales de los sistemas de salud y los condicionamientos de la cultura patriarcal que ejercen una autoridad histórica en los cuerpos de las personas, adjudicándose el derecho de escudriñar sobre sus motivos y de decidir sobre su intimidad y vida.

La metodología VCAT reconoce el continuo de aceptación del aborto y otros temas sensibles. Para algunas de las personas que participan, hay abortos más aceptables que otros; por ejemplo, el aborto en etapa gestacional inicial en comparación con el aborto en etapa gestacional avanzada, el aborto en niñas y adolescentes versus aborto en mujeres adultas, o el aborto por razones de salud en comparación con el aborto por riesgo a la vida de las mujeres o personas con capacidad de gestar. Si bien la clarificación de valores promueve conversaciones que ponen de manifiesto creencias arraigadas tanto favorables como desfavorables respecto al aborto seguro, la metodología permite dirigir al grupo a lo largo de un proceso de reflexión de manera progresiva, en donde los diálogos más desafiantes se reservan para el momento en el que el grupo ha alcanzado un grado de cercanía, intimidad y compañerismo suficiente para compartir con confianza sus pensamientos. Para lograrlo se intercalan momentos de vinculación y actividades lúdicas que abonen a un ambiente de comodidad y conexión entre las y los participantes. También se recurre a estrategias de juego de roles y a momentos de opinión anónima para poner en el centro ideas desafiantes sin exponer a las personas.

La clarificación de valores pretende dar herramientas para resolver estos dilemas internos, para que las y los profesionales de la salud experimenten su rol como garantes de los derechos reproductivos y derriben barreras que obstaculizan el acceso a servicios seguros, de calidad y libres de estigmas. Las herramientas buscan evidenciar los valores que sustentan la provisión de servicios basados en derechos humanos: dignidad, respeto, autonomía, solidaridad, justicia, etcétera. Los motivos que podrían resultar inaceptables desde el punto de vista personal (de el o la proveedora de atención) se vuelven legítimos en el contexto de quien los necesita.

El papel del facilitador o facilitadora es esencial para un proceso de clarificación de valores exitoso. Su perfil está compuesto por cualidades de conducción grupal, entendimiento de los procesos de enseñanza-aprendizaje de adultos, conocimientos sobre aborto seguro en su dimensión técnica y social, y habilidades de comunicación. La persona facilitadora de clarificación de valores planea, estructura, promueve la reflexión, la discusión y el debate, cuida de mantener al grupo enfocado, dirime posiciones encontradas que pueden incluir posturas antiderechos y aporta elementos para construir un ambiente productivo; sin embargo, da espacio al trabajo colectivo y promueve que el grupo gestione sus intereses, estando siempre a cargo sin ejercer demasiado control. El vCAT se apoya de las teorías de capacitación en adultos considerada por Ipas en el manual *Capacitación eficaz en salud reproductiva* (Wegs *et al.*, 2003; Ipas, 2023).

Ambos documentos son la base que sustenta el entrenamiento para entrenadores (*Training of Trainers*, ToT, en inglés) en vCAT, estrategia desarrollada por Ipas en la alianza con FLASOG, FIGO y Planned Parenthood Global aquí documentada. El ToT posibilita ampliar el alcance numérico de la metodología vCAT a través de la capacitación en cascada, y permite desarrollar capacidad instalada en profesionales de la salud de diversas disciplinas que se convierten en líderes de procesos de aceptación del aborto seguro.

## ALIANZAS CON LAS SOCIEDADES Y ASOCIACIONES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE LAC

En el marco de la estrategia planteada por FIGO en 2018 para mejorar el acceso al aborto, y teniendo como antecedente inmediato la pandemia por COVID-19, el 25 de agosto de 2022 FLASOG convocó a representantes de diecinueve sociedades médicas afiliadas, y a miembros de la sociedad civil y de agencias de cooperación internacional, a participar

en el taller “Sensibilización de clarificación de valores en salud sexual y reproductiva en Latinoamérica y el Caribe”, realizado en Panamá. El objetivo de este taller fue generar cambios en las conductas de las y los ginecólogos y obstetras a través de la clarificación de valores en derechos sexuales y reproductivos, así como fortalecer liderazgos estratégicos al interior de las sociedades y asociaciones participantes. Al finalizar el taller, los asistentes elaboraron y firmaron la Declaración de Panamá, donde se destaca el compromiso de las sociedades y asociaciones para promover la capacitación en clarificación de valores en derechos sexuales y reproductivos (Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia, 2022). En dicha reunión nació el proyecto “Clarificación de valores en salud sexual y reproductiva en América Latina con énfasis en países vulnerables”.

El 30 y 31 de octubre de 2022 se llevó a cabo en la ciudad de Cartagena, Colombia, el “Taller en clarificación de valores para la transformación de actitudes” a cargo del equipo de Ipas LAC. Al encuentro asistieron diecinueve presidentes de las sociedades médicas afiliadas a FLASOG, dieciocho de las cuales aceptaron formar parte del proyecto y se comprometieron a que dos miembros de cada sociedad médica participasen en un taller de ToT en VCAT para la transformación de actitudes en salud sexual y reproductiva para que, posteriormente estos desarrollaran al menos dos talleres en cada país. La capacitación para capacitadores permite ampliar la disseminación del VCAT al formar personal para replicar esta metodología de forma adecuada, segura y efectiva.

En marzo y abril de 2023, 36 participantes, todos médicas y médicos especialistas afiliados a dieciocho sociedades y asociaciones de ginecología y obstetricia en la región de LAC, recibieron el taller de ToT en clarificación de valores en derechos sexuales y reproductivos. Con el apoyo técnico de Ipas LAC, cada sociedad elaboró un plan de trabajo para realizar por lo menos dos talleres locales de VCAT dirigidos a ginecobstetras y a otros profesionales de la salud en cada país.

## RESULTADOS

### SOCIEDADES Y ASOCIACIONES MÉDICAS PARTICIPANTES

La Tabla 1 muestra las dieciocho sociedades y asociaciones de obstetricia y ginecología de la región de LAC participantes en el proyecto “Clarificación de valores en salud sexual y reproductiva en América Latina con énfasis en países vulnerables”, en colaboración con Ipas LAC, FIGO y FLASOG. La variabilidad legal del aborto en la región es importante; solo en cinco países

de los dieciocho participantes el aborto se encuentra despenalizado a demanda de la mujer o persona gestante; en cuatro países el aborto está penalizado bajo cualquier circunstancia, y en el resto existe un sistema legal de causales que muchas veces es inoperante. Esta enorme heterogeneidad en la regulación del aborto en LAC establece un contexto adverso no solo para el acceso al aborto seguro, libre de estigma y basado en derechos humanos, sino también para el abordaje de la temática entre los profesionales de la salud y la población en general.

**Tabla 1. Sociedades y asociaciones de ginecología y obstetricia de la región de LAC participantes en los talleres ToT VCAT**

	País	Nombre de la sociedad o asociación médica	Por demanda	Causal salud	Cusal salud fetal	Causal violencia sexual	Causal inseminación no consentida
1	Argentina	Federación Argentina de Sociedades de Obstetricia y Ginecología	14 sem.	Sin plazo	Sin plazo	Sin plazo	—
2	Bolivia	Sociedad Boliviana de Obstetricia y Ginecología	—	Sin plazo	Sin plazo	Sin plazo	—
3	Brasil	Febrasco. Federacion Brasileira das asso	—	—	Sin plazo	Sin plazo	—
4	Chile	Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología	—	Sin plazo	Sin plazo	12 sem.*	—
5	Colombia	Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología	24 sem.	Sin plazo	Sin plazo	Sin plazo	Sin plazo
6	Costa Rica	Asociación de Obstetricia y Ginecología de Costa Rica	—	Sin plazo	—	—	—
7	Cuba	Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología	12 sem.	Sin plazo	Sin plazo	Sin plazo	—
8	Ecuador	Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia	—	Sin plazo	—	12 sem.**	—
9	El Salvador	Asociación de Ginecología y Obstetricia de El Salvador	—	—	—	—	—

\* En Chile, el plazo legal se amplía a 14 semanas en caso de niñas.

\*\* En Ecuador, el plazo legal también se amplía a 14 semanas en caso de niñas.

Tabla 1. **Sociedades y asociaciones de ginecología y obstetricia de la región de LAC participantes en los talleres ToT VCAT (continuación)**

	País	Nombre de la sociedad o asociación médica	Por demanda	Causal salud	Cusal salud fetal	Causal violencia sexual	Causal inseminación no consentida
10	Guatemala	Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala	—	Sin plazo	—	—	—
11	Honduras	Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras	—	—	—	—	—
12	México	Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología	15 sem.*	Sin plazo	Sin plazo	Sin plazo	—
13	Nicaragua	Sociedad Nicaragüense de Obstetricia y Ginecología	—	—	—	—	—
14	Panamá	Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología	—	22 sem.	—	8 sem.	—
15	Perú	Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología	—	22 sem.	—	—	—
16	República Dominicana	Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología	—	—	—	—	—
17	Uruguay	Sociedad de Ginecotocología del Uruguay	12 sem.	Sin plazo	Sin plazo	14 sem.	—
18	Venezuela	Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela	—	Sin plazo	—	—	—

**Fuente:** Red Jurídica de CLACAI y Salud Reproductiva es Vital con el apoyo técnico de Ipas. Cada país elaboró un plan de trabajo para realizar por lo menos dos talleres de CVTA dirigidos a médicas y médicos ginecobstetras y a personal de salud. Red Jurídica de CLACAI, Salud Reproductiva es Vital y El Gato y la Caja (2023).

\* Actualmente, en México diecinueve estados han despenalizado el aborto en el primer trimestre de gestación: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Chiapas, Ciudad de México, Coahuila, Colima, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Oaxaca, Michoacán, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Veracruz y Zacatecas. En Sinaloa se estipula como plazo la semana 13.6, en Aguascalientes hasta seis semanas y en el estado de Guerrero no hay plazo alguno para la persona que aborta. Nayarit, Morelos y Yucatán cuentan con fallos judiciales que ordenaron la eliminación de sanciones penales para la interrupción del embarazo, pero todavía necesitan cambiar su legislación local.

## RESULTADOS DEL PRIMER ToT CON MIEMBROS DE LAS DIECIOCHO SOCIEDADES Y ASOCIACIONES MÉDICAS EN LAC

Como se describió en la sección *Alianzas con las sociedades y asociaciones de ginecología y obstetricia de LAC*, entre marzo y abril de 2023 se llevaron a cabo dos sesiones de ToT en VCAT, con el objetivo de capacitar a los asistentes para facilitar adecuadamente talleres de VCAT, buscando realizar al menos dos talleres locales con profesionales de la salud en cada país. Participaron en las sesiones de ToT en VCAT 36 personas afiliadas a alguna de las sociedades médicas invitadas. Aplicamos una encuesta a los asistentes para explorar: a) después de la capacitación, ¿qué tan preparados se sentían para conducir talleres VCAT en sus países?, b) las principales necesidades para lograr la implementación de al menos dos talleres VCAT con profesionales de la salud locales, y c) las temáticas más difíciles de abordar en los talleres de VCAT locales.

Tras recibir la capacitación impartida por Ipas LAC, 33 participantes en los ToT de VCAT contestaron la encuesta. De ellos, 40 % reportaron sentirse muy preparados para conducir talleres VCAT con profesionales de la salud en sus países; 58 % dijeron sentirse preparados y solo 2 % mencionó sentirse poco preparados (véase Figura 2).





Sobre las principales necesidades identificadas para lograr la implementación de al menos dos talleres en sus países: el apoyo logístico y el tiempo fueron las más mencionadas; en segundo lugar, contar con el apoyo de los colegios de personal médico y universidades, seguida de generar material educativo y apoyo para la difusión; finalmente las necesidades menos mencionadas fueron las que se refieren a conocimientos: mejorar el conocimiento de los marcos legales y las competencias para el desarrollo de talleres VCAT. Entre las temáticas más difíciles de abordar en los talleres VCAT fueron el aborto, en primer lugar, seguido de la violencia (Figura 3).

Figura 3. Temáticas difíciles de abordar en los talleres VCAT locales desde la perspectiva de los asistentes a los ToT en VCAT



Fuente: elaboración propia con datos recopilados del proyecto

## IMPLEMENTACIÓN EN CASCADA:

### ALCANCE DE LOS TALLERES LOCALES VCAT EN DIECIOCHO PAÍSES DE LAC

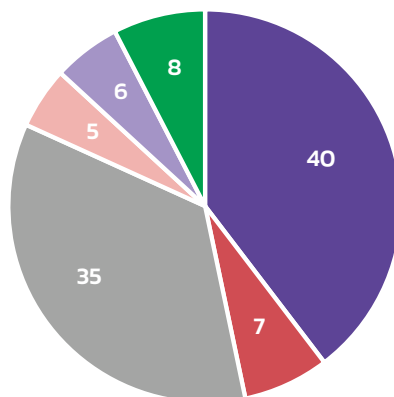
En total se llevaron a cabo 44 talleres VCAT replicados por los asistentes a los ToT en VCAT. La mayoría de las sociedades y asociaciones de ginecología y obstetricia participantes coordinaron y realizaron dos talleres VCAT, aunque hubo sociedades como las de Nicaragua y Honduras que realizaron cinco y cuatro talleres, respectivamente. En total se logró alcanzar a 1 186 profesionales de la salud en los dieciocho países participantes (Tabla 2). 40 % de las y los participantes en los talleres VCAT réplica fueron médicas y médicos ginecólogos obstetras, 35 % residentes de esta especialidad, 7 % médicas y médicos generales, 6 % enfermeras y enfermeros, 5 % estudiantes de medicina y 8 % otros profesionales de la salud (véase Figura 4).

**Tabla 2. Número de talleres VCAT réplica y participantes por sociedad o asociación nacional de ginecología y obstetricia de LAC**

País	Núm. de talleres VCAT réplica	Núm. de asistentes
Argentina	2	53
Bolivia	2	89
Brasil	2	33
Chile	2	43
Colombia	2	66
Costa Rica	2	53
Cuba	3	90
Ecuador	2	52
El Salvador	2	76
Guatemala	2	60
Honduras	4	81
México	2	41
Nicaragua	5	147
Panamá	3	76
Perú	3	71
República Dominicana	2	63
Uruguay	2	31
Venezuela	2	61
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>1186</b>

Fuente: elaboración propia con datos recopilados del proyecto

Figura 4. Perfil de las y los participantes en los talleres VCAT réplica por las sociedades y asociaciones de ginecología y obstetricia de LAC



■ Médicas y médicos GO   ■ Médicas y médicos   ■ Residentes GO  
 ■ Estudiantes de Medicina   ■ Enfermeras y enfermeros   ■ Otras y otros prof. de la salud

**Fuente:** elaboración propia con datos recopilados del proyecto. Otros profesionales de la salud incluye: obstétricas/matronas, técnicos en enfermería, trabajadoras y trabajadores sociales, psicólogos y psicólogas, farmacéuticos y farmacéuticas, y abogados/administrativos.

Debido a que la metodología VCAT se puede adaptar a una amplia gama de temáticas, las sociedades y asociaciones médicas que replicaron los talleres localmente seleccionaron los temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos más apropiados para sus contextos particulares. La mayoría de las y los participantes en el ToT de VCAT decidieron hacer VCAT en sus países con temáticas relacionadas con salud sexual y reproductiva. Trabajaron en adaptaciones apoyados por Ipas LAC para hacer talleres VCAT centrados en anticoncepción, violencia sexual y derechos reproductivos en general. Sin embargo, las y los facilitadores reportaron que al reflexionar sobre las posturas en derechos reproductivos las conversaciones invariablemente tocaron el tema de aborto. Si se reflexiona sobre la cobertura anticonceptiva, sobre la violencia sexual, y sobre las urgencias obstétricas y el embarazo complicado, las conversaciones derivan en aborto; es un tema ineludible.

Sobre los enfoques seleccionados por cada sociedad médica, ocho de las dieciocho asociaciones médicas decidieron implementar los talleres VCAT usando el tema general de

derechos sexuales y reproductivos (Guatemala, Chile, Ecuador, Venezuela, Honduras, El Salvador, México y Colombia); en Nicaragua se enfocó este tema en el grupo poblacional de los adolescentes. Las sociedades de Costa Rica, Nicaragua, Uruguay, Perú y Argentina abordaron el tema del aborto/interrupción voluntaria del embarazo en los talleres vCAT impartidos. En Cuba y Panamá el tema seleccionado fue anticoncepción; y en Brasil la sociedad médica decidió impartir vCAT sobre violencia sexual (véase Tabla 3).

<b>Tabla 3. Temáticas abordadas en los talleres vCAT réplica por las sociedades y asociaciones de ginecología y obstetricia de LAC</b>	
<b>Temáticas</b>	<b>Sociedades</b>
Derechos sexuales y reproductivos	Guatemala, Chile, Ecuador, Venezuela, Honduras, El Salvador, México y Colombia
Anticoncepción	Cuba y Panamá
Violencia sexual	Brasil
Aborto	Costa Rica, Nicaragua, Uruguay, Perú y Argentina
Derechos sexuales y reproductivos en adolescentes	Nicaragua

**Fuente:** elaboración propia con datos recopilados del proyecto

#### **COMENTARIOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE LOS TALLERES VCAT IMPARTIDOS POR LAS SOCIEDADES Y ASOCIACIONES MÉDICAS EN LAC**

Pasado el periodo de implementación de los talleres vCAT de réplica, el 6 de agosto de 2023 se realizó en Honduras la reunión “Rendición de cuentas en el marco del proyecto de clarificación de valores en derechos sexuales y reproductivos en Latinoamérica y el Caribe”, con la participación de la presidenta de FIGO, el presidente de FLASOG, y representantes de Ipas LAC y de Planned Parenthood Global, en el marco del Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología en la ciudad de San Pedro Sula. Como parte de la preparación para esta reunión hicimos un sondeo de experiencias que nos permitieran conocer algunos aspectos clave de la implementación local. Recabamos testimonios de las

y los participantes de los talleres réplicas de forma anónima y voluntaria. Posteriormente, estos fueron analizados y clasificados con el objetivo de comprender las percepciones de las y los participantes sobre la utilidad del taller. Identificamos las siguientes categorías analíticas: a) utilidad de los talleres para el ejercicio profesional, b) nuevas perspectivas/enfoques sobre los derechos sexuales y reproductivos, c) necesidad de ampliar los talleres a otros espacios y profesionales de la salud, d) necesidades de información adicional identificadas. Finalmente, seleccionamos un conjunto de testimonios representativos de cada categoría analítica que, a continuación, presentamos.

### **a) Utilidad de los talleres para el ejercicio profesional**

Las y los profesionales de salud que asistieron a los talleres VCAT mencionaron que la experiencia les permitió reflexionar sobre su papel como profesionales de la salud y asumir una actitud y posicionamiento distintos, más sensibles y abiertos a las necesidades de las personas que requieren atención a la salud. El taller VCAT les dotó de herramientas que pueden usar para proveer servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y basados en evidencia científica.

[Hubo] oportunidades de intercambio de ideas, de experiencias personales, llevando a los participantes a escuchar y asumir nuevos roles en la práctica diaria de la profesión. (Bolivia)

Talleres como este brindan más herramientas al personal de salud en las diferentes técnicas útiles de salud sexual y reproductiva para dar atención de calidad y avances basados en evidencia científica. (El Salvador)

[Tengo] disposición para poner en práctica lo tratado en el taller y motivación para convertirme en facilitador dentro de mi grupo de trabajo y de entorno, para lograr que los derechos sexuales y reproductivos sean ampliamente conocidos y respetados, logrando además que toda mujer pueda demandar una atención digna, oportuna y eficiente en cuanto a todos los aspectos de la salud integral, lo que involucra a las salud sexual y reproductiva. (Ecuador)

Adicionalmente, algunas personas profesionales de la salud resaltaron la oportunidad de aplicar las herramientas y aprendizajes adquiridos en ámbitos diferentes a los clínicos, por ejemplo, en actividades de docencia, y en la vida personal y familiar.

Retomaré las herramientas para expandir el taller en mis entornos. Tuve muchos aprendizajes y herramientas para mi práctica clínica, tanto como médico y docente, como en mi vida personal y familiar. (Colombia)

### **b) Nuevas perspectivas/enfoques sobre los derechos sexuales y reproductivos**

Para un número importante de profesionales de la salud, la clarificación de valores es el primer acercamiento a una perspectiva de la salud desde los derechos humanos y, específicamente, de los derechos sexuales y reproductivos. En las sesiones VCAT expresaron voluntariamente la sorpresa de haber tomado una serie de decisiones en su propia vida totalmente ajenas a esta noción. Reconocen que, por ejemplo, el número de hijos, el inicio de la vida sexual, la vivencia de la diversidad y hasta la elección de pareja con frecuencia son mediados por la expectativa “del otro” sobre su vida, particularmente pesando sobre las mujeres la expectativa de la maternidad, de la crianza y el cuidado. Así, el aborto resulta desafiante cuando contraviene esas expectativas sin una perspectiva de autonomía, libertad y derechos.

... examinamos y cuestionamos nuestros prejuicios contra ciertas mujeres embarazadas o determinadas circunstancias, así como nuestras creencias respecto a las políticas de aborto que restringen el acceso al aborto. (Perú)

... buscando un cambio en la clarificación de valores, conseguimos que [las] mujeres lleguen a un autocontrol, autoconocimiento y sean dueñas de sus propias decisiones sobre su vida, llegando a tener una perspectiva diferente del empoderamiento. (Bolivia)

Me incomoda pensar que algunas mujeres necesitan un aborto cuando son niñas, pero es más incómodo pensar por qué una niña se embaraza siendo niña. Estamos acostumbrados a ofrecer atención prenatal y verla como madre, no queremos pensar en la violación de una pequeña porque no sabemos qué hacer con eso, no queremos involucrarnos, pero deberíamos. (Guatemala)

El taller ha servido para cambiar paradigmas, lo cual redundará en una atención más personalizada de las pacientes. (Ecuador)

En los talleres, las y los profesionales de la salud citan experiencias personales e historias de su incursión en el mundo de los derechos reproductivos. A menudo relatan un

camino de transformación que va del desconocimiento y el rechazo hacia el aborto, hasta la comprensión y legitimación de esta práctica por ser un hecho inherente a la vida de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Estas reflexiones, invariablemente, incluyen la visibilización de las inequidades sociales.

Durante la discusión se señalaron las inequidades, las injusticias, la inaccesibilidad a la atención en salud en anticoncepción y aborto. (Nicaragua)

Tal y como la metodología VCAT lo advierte, el proceso de clarificación de valores no busca cambiar los posicionamientos morales de las personas. Sin embargo, la reflexión sobre el origen de los valores personales y la discusión de otras perspectivas pueden ayudar a sensibilizar y buscar alternativas congruentes con el respeto a los derechos reproductivos. Quizá una de las declaraciones más poderosas que puede surgir como resultado de la implementación de la metodología VCAT es el reconocimiento de la autonomía de las personas con requerimientos de aborto, aun cuando sea incompatible con las convicciones personales:

Sigo siendo objetor de conciencia, pero los ejercicios sirvieron para evitar convertirme en barrera para el acceso de las pacientes a servicios de IVE<sup>1</sup> y anticoncepción. (Colombia)

Verbalizar esta postura es uno de los resultados más favorecedores de la reflexión compartida, ya que implica el reconocimiento de las responsabilidades profesionales en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Es una postura protectora de la salud y de la vida de las mujeres y personas con capacidad de gestar aun sin asumir su atención, porque no constituir una barrera es más que apartarse del camino, es activamente garantizar una respuesta oportuna y segura desde el reconocimiento del aborto como un servicio legítimo de salud. Esta es una manera de reubicar los valores en el campo de la prestación de servicios, ya sea atendiendo de manera directa o asegurando su atención a pesar de no intervenir.

### **c) Necesidad de ampliar los talleres a otros espacios y profesionales de la salud**

Uno de los comentarios recurrentes entre las y los profesionales de la salud asistentes a los VCAT fue la necesidad de expandir los talleres a otros profesionales y equipos de salud.

---

<sup>1</sup> En Colombia, con IVE se refiere al aborto legal por solicitud hasta las 24 semanas de gestación.

Quienes participan reconocen en la metodología VCAT una oportunidad para sensibilizar al personal de salud, que incluye perfiles diversos. Adicionalmente, las y los participantes mencionaron la utilidad y necesidad de enfocar los esfuerzos a personal menos sensible y renuente a aceptar la provisión de atención con un enfoque en derechos humanos.

Recomendamos hacer réplicas con los demás equipos de salud en sus unidades. (Panamá)

Hay necesidad de extender esta actividad a colegas menos comprometidos con respetar los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar. (Argentina)

Como sugerencia solicito ampliar el número y convocatoria de talleres de este mismo estilo. (Colombia)

Además, se identificó que perfiles en formación como las y los médicos residentes, estudiantes de medicina y otros profesionales de la salud, como enfermeros y enfermeras, resultan receptivos y abiertos al enfoque de derechos sexuales y reproductivos.

Los médicos residentes demostraron haber tenido una educación más tolerante respecto de temas como el aborto, el embarazo no deseado y la violencia doméstica. Tienen una visión a favor de los derechos sexuales y reproductivos. (Perú)

Residentes y enfermeras jóvenes fueron muy receptivos y animados a participar del taller. (Panamá)

#### **d) Necesidades de información**

Finalmente, uno de los temas críticos durante los talleres de réplica de VCAT fue la necesidad de profundizar en temas relacionados con el contexto legal del aborto en los diferentes países, así como el marco regulatorio de la objeción de conciencia para los diferentes contextos geográficos. Las dudas y desconocimiento sobre los marcos legales son una fuente de incertidumbre constante que al ser despejada posibilita un cambio de actitud entre los profesionales de la salud.

Los temas que les hubiera gustado que se trate más a profundidad fueron los de objeción de conciencia y las implicaciones legales del aborto, de acuerdo con la legislación. (Ecuador)



Todavía existe el desconocimiento del marco legal en cuanto a anticoncepción en adolescentes y las causales de aborto despenalizado en nuestro país. (Panamá)

Los talleres llevados a cabo en este proyecto por parte del grupo entrenado en la facilitación de vCAT confirman las preocupaciones que alimentan posturas resistentes a los derechos reproductivos que Ipas LAC ha encontrado a lo largo del tiempo a través de esta metodología. Por estas razones, la metodología de vCAT incluye entre la colección de actividades componentes de información clínica y legal que debe ser desarrollada de acuerdo con el contexto local en el que se implemente esta iniciativa. No es raro encontrar que además de reflexionar sobre los valores, aclarar los aspectos legales y actualizar los conocimientos clínicos para la atención del aborto de manera segura las y los participantes suelen mejorar la percepción del aborto como una actividad profesional de la alta calidad técnica, restaurando así el valor de su ejecución.

## CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

La formación y sostenimiento de alianzas entre los distintos actores interesados en hacer avanzar la agenda de derechos reproductivos en LAC es una estrategia fundamental para ampliar las vías de acceso al aborto seguro. La colaboración entre Ipas LAC, Planned Parenthood Global, FIGO, FLASOG y las dieciocho sociedades y asociaciones de ginecología y obstetricia de la región resultó en la puesta en marcha de un proyecto exitoso que logró alcanzar a más de mil profesionales de la salud, mediante el desarrollo de 44 talleres vCAT locales. La metodología en cascada usada en el proyecto, que consiste en capacitar a capacitadores de vCAT, no solo permitió lograr el objetivo planteado, sino que además se instalaron capacidades entre los miembros de las sociedades y asociaciones médicas participantes. En comunicaciones posteriores, las sociedades han compartido que los equipos continúan recibiendo y respondiendo a las solicitudes de vCAT en sus países por parte de diversas instancias de salud: equipos hospitalarios, residentes, grupos de enfermería y estudiantes de medicina, entre otros.

Resulta relevante destacar el trabajo colaborativo entre las organizaciones aliadas. El éxito del proyecto se debió en gran medida a la coordinación, el acuerdo y la contribución de capacidades, recursos y *expertise* de cada una de las partes. La visión del ecosistema del

aborto permite reconocer la importancia de todos los elementos y actores que contribuyen a impulsar la agenda de derechos reproductivos y, por lo tanto, la agenda de derechos humanos. En este sentido, las sociedades médicas en LAC resultan aliadas fundamentales, no solo por su cercanía al acceso al aborto seguro y por su importante contribución para reducir la morbilidad y mortalidad materna, sino por su papel del liderazgo en el ámbito médico y social.

La participación en los talleres VCAT de diferentes perfiles profesionales, como especialistas ginecobstetras, residentes, médicas y médicos generales, enfermeras y enfermeros, y estudiantes de medicina, entre otros, permitió ampliar el efecto reflexivo y sensibilizador de estos talleres a diferentes ámbitos de acción profesional. Adicionalmente, esta variación en los perfiles permitió reconocer la apertura a los derechos reproductivos de ciertos perfiles profesionales sobre otros, por ejemplo, las y los estudiantes y residentes por sobre las y los especialistas.

La participación de FIGO y FLASOG, reconocidas organizaciones a nivel regional y mundial, también contribuye a construir una nueva narrativa en salud reproductiva, basada en la equidad, el empoderamiento y la autonomía. Estos conceptos, aunque de reciente adopción en el campo clínico para muchos de sus miembros, representan pilares fundamentales para el avance de la atención sanitaria. La invaluable contribución de las sociedades y asociaciones médicas a la equidad a través de esta iniciativa tiene el potencial de transformar el enfoque de las nuevas generaciones de profesionales de la salud en formación y de reorientar la atención en salud reproductiva hacia una perspectiva más informada sobre los contextos y las necesidades de las personas atendidas.

Particularmente, esta experiencia nos permitió documentar que la atención a la salud con una perspectiva de derechos puede ser promovida desde cualquier marco legal, sin poner en riesgo a las y los profesionales de la salud y colocando las necesidades de las personas en el centro de la atención. De hecho, la mayoría de las sociedades y asociaciones médicas que replicaron los VCTA localmente, hicieron adaptaciones temáticas. Algunos profesionales tomaron esta decisión debido a los marcos legales restrictivos sobre el aborto en sus contextos, por una preferencia individual y personal o de la sociedad o asociación médica como grupo, o como estrategia para avanzar paulatinamente en temas que constituyen el continuo de la salud reproductiva. Las diferentes adaptaciones del VCAT a temáticas como anticoncepción, incluyendo la de emergencia, violencia sexual, sexualidad en la adolescencia y diversidad sexual, entre otras, muestran el enorme espacio para reflexionar y plantear una agenda de derechos en la región de América Latina y el Caribe.

La metodología vCAT es una herramienta que promueve el debate y la reflexión de forma grupal, fomentando un intercambio de ideas y de perspectivas diversas. Como tal, no busca que quienes participen cambien sus valores, pero sí fomenta un escrutinio honesto, profundo y abierto sobre los posicionamientos morales individuales y su efecto en la vida concreta de mujeres y personas que requieren atención a la salud. En ese sentido, los resultados de la implementación de los talleres vCAT de este proyecto muestran una importante heterogeneidad en el cambio de posicionamientos éticos respecto a los derechos reproductivos. Identificamos profesionales de la salud que cambiaron radicalmente la forma de ver, generar significado, vivir y por lo tanto atender las necesidades de salud de las personas que buscan atención; al mismo tiempo testificamos casos en los que la falta de reflexión y conciencia sobre ciertas situaciones y sus causas eran las principales razones de la resistencia; al abrir el diálogo, detectaron que las raíces de sus actitudes se debían a una inercia profesional. También identificamos profesionales que no cambiaron sustantivamente sus posicionamientos morales respecto a ciertas temáticas, pero reconocieron que quitar barreras puede ser suficiente para apoyar los derechos de otras personas sin comprometer sus creencias y valores personales.

Es interesante reconocer en las personas en formación, como residentes y estudiantes de medicina, a potenciales e incluso francas alianzas en la agenda de derechos humanos.

Si bien la metodología vCAT propuesta por Ipas ha mostrado buenos resultados en diferentes contextos y perfiles de población, es importante reconocer la inversión en recursos financieros, en tiempo y en coordinación que implica llevarla a cabo. De hecho, las y los participantes de los ToT en vCAT manifestaron su preocupación por carecer de apoyo logístico y de tiempo para implementar más talleres de réplica en sus países además de los apoyados por esta iniciativa. Adicionalmente, la metodología demanda que la persona facilitadora tenga un dominio especializado en temas de salud sexual y reproductiva e incluso, como vimos en los talleres vCAT impartidos, de aspectos legales de aborto. Una posible solución es involucrar a personas facilitadoras adicionales con los perfiles apropiados para enfrentar estos retos técnicos.

Debido a la carga en recursos que implica la implementación de un taller vCAT, resulta relevante hacer un cuidadoso trabajo de selección de las y los participantes. Una herramienta de *screening* o filtrado podría ser de utilidad para hacer más eficiente el uso de los recursos y mejorar la efectividad de la metodología (Turner *et al.*, 2018). Una limitación de nuestro proyecto es que carecemos de información sobre los criterios de selección para invitar a participar a los talleres y, por lo tanto, desconocemos si durante estos quienes

facilitaron enfrentaron problemáticas derivadas de perfiles en el extremo del conservadurismo, que podrían entorpecer las dinámicas grupales, generar conflictos difíciles de contener y obstaculizar el logro de los resultados esperados.

En el contexto de la pandemia por COVID-19, se documentaron experiencias de la implementación de vCAT en línea con profesionales de la salud que ayudaron, entre otras cosas, a reducir la carga financiera y de coordinación que implica un desarrollo presencial. Se identificaron aspectos positivos y negativos de realizar los talleres mediante la plataforma Zoom. Algunas ventajas fueron: 1) seguridad emocional: las y los participantes se sintieron cómodos discutiendo temas sensibles, 2) facilidad de acceso: quienes participaron pudieron acceder a los talleres virtuales independientemente de su ubicación, 3) anonimato: las funciones de Zoom simplificaron aspectos del taller y permitieron contribuciones anónimas a la discusión. A pesar de estos aspectos positivos, se reconoció que la pantalla puede ser una barrera para entablar conversaciones profundas y establecer intimidad en el grupo (Williams *et al.*, 2023).

Si bien consideramos que las aportaciones de este trabajo pueden resultar relevantes para quien lo lea, queremos reconocer algunas limitaciones que ayuden a interpretar los resultados descritos. Primero, este proyecto colaborativo no fue pensado como un trabajo de investigación, por lo que los datos recolectados no nos permiten hacer cruces que podrían resultar interesantes, por ejemplo, las actitudes hacia los derechos reproductivos y el perfil de cada profesional de la salud, entre otras. Toda la información presentada se recolectó de manera agregada y en diferentes etapas del proceso de colaboración. Segundo, no contamos con una medición de base que nos permita identificar el efecto del proyecto en el cambio de actitudes y comportamientos entre las y los participantes del vCAT. Tercero, no conocemos los criterios de selección para invitar a participar en los talleres vCAT réplica; sin embargo, es muy posible que quienes asistieron hayan sido profesionales de la salud con cierto nivel de sensibilización. Finalmente, este capítulo no busca establecer causalidad entre los talleres vCAT y los comentarios de las y los profesionales de la salud asistentes, el objetivo es documentar la experiencia, compartirla, y mostrar, algunas veces con datos, el desarrollo del proyecto de colaboración.

La experiencia colaborativa entre Ipas LAC, Planned Parenthood Global, FIGO, FLASOG, las dieciocho sociedades de médicas y médicos en LAC y todos los profesionales de la salud participantes en el proyecto muestran que el trabajo en equipo, y la suma de entusiasmos y voluntades pueden contribuir de forma importante al avance en la agenda de derechos humanos en el gremio médico de la región, logrando ganar personas preparadas y motivadas

para realizar acciones de incidencia, para tomar decisiones estratégicas en salud reproductiva, para comunicar mensajes de forma asertiva y sin estigma, y para generar acciones de derechos y justicia reproductiva desde una perspectiva actualizada.

## BIBLIOGRAFÍA

- De Vries, I., Van Keizerswaard, L. J., Tolboom, B., Bulthuis, S., Van der Kwaak, A., Tank, J., y De Koning, K. (2020). Advocating safe abortion: outcomes of a multi-country needs assessment on the potential role of national societies of obstetrics and gynecology. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 148(3), 282-289. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13092>
- Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia. (2022). *Declaration of Panama*. Disponible en: [flasog.org/wp-content/uploads/2022/11/Declaracion-Panama-MGR-EGR-EIO-Ingles.pdf](https://flasog.org/wp-content/uploads/2022/11/Declaracion-Panama-MGR-EGR-EIO-Ingles.pdf). Consultada 31 marzo 2024.
- Fiol, V., Rieppi, L., Aguirre, R., Nozar, M., Gorgoroso, M., Coppola, F., y Briozzo, L. (2016). The role of medical abortion in the implementation of the law on voluntary termination of pregnancy in Uruguay. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 134(S1), 12-15. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.006>
- Gialdini, C., Ramón Michel, A., Romero, M., Ramos, S., Carroli, G., Carroli, B., Gomez Ponce de León, R., Vila Ortiz, M., y Lavelanet, A. (2024). Multicountry research on comprehensive abortion policy implementation in Latin America: a mixed-methods study protocol. *BMJ open* 14(1), e073617. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073617>
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2022). *La Declaración de Cartagena. Declaración de la División de Salud y Bienestar Sexual y Reproductivo de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia*. Disponible en: <https://www.figo.org/es/resources/figo-statements/cartagena-declaration>. Consultado el 31 de marzo de 2024.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2024). About us. <https://www.figo.org/about-us>. Consultada el 31 de marzo de 2024.
- Ipas. (2021). Hacia un ecosistema sostenible del aborto: marco para el diseño, la acción y la evaluación de programas. Ipas. Disponible en: [ipas.org/wp-content/uploads/2022/03/Hacia-un-ecosistema-sostenible-del-aborto-AESFPDS22.pdf](https://ipas.org/wp-content/uploads/2022/03/Hacia-un-ecosistema-sostenible-del-aborto-AESFPDS22.pdf). Consultado el 24 de septiembre 2024.
- Ipas. (2023). *Aclaración de valores para transformación y acción (AVTA) respecto al aborto. Guía de facilitación para públicos mundiales*. Ipas. Disponible en: [ipas.org/wp-content/uploads/2023/08/Ipas-AVTA-Aclaracion-de-valores-para-transformacion-y-accion-respecto-al-aborto-VAL](https://ipas.org/wp-content/uploads/2023/08/Ipas-AVTA-Aclaracion-de-valores-para-transformacion-y-accion-respecto-al-aborto-VAL)

CLAR2S23.pdf. Consultado el 11 de noviembre 2024.

- Küng, S. A., Darney, B. G., Saavedra-Avenidaño, B., Lohr, P. A., y Gil, L. (2018). Access to abortion under the health exception: a comparative analysis in three countries. *Reproductive health* 15, 1-10. <https://doi.org/10.1186%2Fs12978-018-0548-x>
- Morris, J. L., Armitage, S., Davis, J., Kaur, J., Pretty, M., Ea, S., Seok, J., y De Vries, I. (2024). Professional societies of obstetrics and gynecology as agents of change in sexual and reproductive health: FIGO's 10-country safe abortion advocacy project in Africa and Latin America. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 164(S1), 31-41. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15334>
- Raths, L. E., Harmin, M., y Simon, S. B. (1966). *Values and Teaching: Working with Values in the Classroom*. Charles E. Merrill.
- Red Jurídica de CLACAI, Salud Reproductiva es Vital y El Gato y la Caja. (2023). *Leyes y Sombras: Regulación del aborto en Latinoamérica*. Disponible en: <https://leyes-y-sombras.clacai.org/>. Consultado el 31 marzo 2024.
- Rokeach, M. (1973). *The Nature of Human Values*. Free Press.
- Shaw, D. (2007). A vision for FIGO. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 97(2), 82-85. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.01.015>
- Shaw, D. (2010). The FIGO initiative for the prevention of unsafe abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 110(S), 17-19. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.04.004>
- Turner, K. L., Pearson, E., George, A., y Andersen, K. L. (2018). Values clarification workshops to improve abortion knowledge, attitudes and intentions: a pre-post assessment in 12 countries. *Reproductive Health* 15, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0480-0>
- Wegs, C., Turner, K., y Randall-David, B. (2003). *Capacitación eficaz en salud reproductiva: diseño y ejecución del curso. Manual de referencia*. Ipas. Disponible en: [infoabortochile.org/cursos/wp-content/uploads/2014/11/Capacitación-eficaz-en-salud-reproductiva-Manual-de-referencia.pdf](http://infoabortochile.org/cursos/wp-content/uploads/2014/11/Capacitación-eficaz-en-salud-reproductiva-Manual-de-referencia.pdf). Consultado el 24 de septiembre 2024.
- Williams, M., Cowley, E. S., Valley, T. M., Farooque, A., Shultz, Z., Godecker, A., Askins, J., y Jacques, L. (2023). An online alternative: a qualitative study of virtual abortion values clarification workshops. *Medical Education Online* 28(1), 2258004. <https://doi.org/10.1080%2F10872981.2023.2258004>



## **TEMA 2: NUEVOS MODELOS**





## 5. La construcción de la política pública para la atención del aborto seguro en México

MARÍA DEL PILAR GONZÁLEZ BARREDA, KARLA FLORES CELIS,  
SUSANA COLLADO PEÑA, MARTHA ELENA LEAL CHÁVEZ, MAY WEJEBE SHANAHAN,  
ADRIANA PÉREZ ARIAS, JOSÉ ANTONIO DURÁN DE LA CRUZ,  
ELVIA ADRIANA SERENO RAMÍREZ

### RESUMEN

Entre 2020 y 2024 en México se buscó instalar una política integral en materia de salud sexual y reproductiva y, con ella, se llevó a cabo el modelaje de SAS basado en una perspectiva de derechos humanos y reconociendo al aborto como un problema de salud pública y justicia social. Este capítulo busca documentar la experiencia de la puesta en marcha de este modelaje y esbozar algunos resultados sobre la política pública nacional en materia de aborto seguro basada en los parámetros de calidad en la atención propuestos por la Organización Mundial de la Salud. En el corto plazo se observaron resultados como el incremento en el número de interrupciones voluntarias del embarazo,<sup>1</sup> el incremento en la disponibilidad de servicios, la participación de profesionales en el primer nivel de atención y el incremento en el porcentaje de uso de tecnologías seguras en el abordaje clínico. A pesar de los avances, quedan desafíos pendientes para la implementación de este tipo de atención de manera generalizada en todo el sector y la necesidad de dar continuidad a las acciones afirmativas en materia de política pública para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva de manera transexenal.

---

<sup>1</sup> En México, la interrupción voluntaria de embarazo (IVE) se refiere a las interrupciones realizadas en caso de que el embarazo sea resultado de una violencia sexual. La IVE no tiene límite de edad gestacional. La interrupción legal de embarazo (ILE) se refiere a las interrupciones por decisión.

**Palabras clave:** aborto seguro, interrupción voluntaria del embarazo, política pública, Servicios de Aborto Seguro.

## INTRODUCCIÓN

En el caso de México, la discusión sobre el aborto y el acceso a servicios ha tomado velocidad en los últimos años. Como precedente, en 2007 se despenalizó el aborto en la Ciudad de México y se instalaron clínicas específicas para el abordaje de la interrupción legal del embarazo (ILE), mientras que en 2016 se modificó la Norma Oficial Mexicana 046 sobre criterios de atención a la violencia sexual para incluir la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Entre 2019 y 2023 hubo una oleada de reformas que permitieron modificar la legislación estatal de diez entidades federativas y, más allá de eso, en 2021 la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) reconoció la inconstitucionalidad de la criminalización del aborto y nombró al derecho a decidir.

Antes de estas reformas y precedentes judiciales, pero en sintonía con esa narrativa, en 2020 se instaló por primera vez en México una política pública en salud que buscaba garantizar el acceso a Servicios de Aborto Seguro (SAS) como un componente explícito y necesario en el manejo de la salud pública. En esta lógica, la necesidad de salud abarca la atención para los abortos espontáneos e inducidos de embarazos viables y no viables con los parámetros de calidad internacional.

En México, el Sistema Nacional de Salud (SNS) está constituido por al menos ocho instituciones<sup>2</sup>. Se trata de un sistema complejo que entraña una profunda fragmentación política, financiera, administrativa y de gestión que impacta en el modo en que se otorgan los servicios. Además, el SNS se encuentra en proceso de transformación y rediseño. Sin

---

<sup>2</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), Servicios de Secretaría de Salud (SSA), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Bienestar y de reciente creación el órgano público descentralizado IMSS-Bienestar. Sobre este último, en 2022 el Gobierno federal publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el cual se crea el organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, no sectorizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio y autonomía técnica, operativa y de gestión, denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar. El IMSS-Bienestar tiene por objeto brindar a las personas sin afiliación a las instituciones de seguridad social atención integral gratuita médica y hospitalaria con medicamentos y demás insumos asociados, bajo criterios de universalidad e igualdad (Secretaría de Gobernación, 2022).

embargo, la Secretaría de Salud federal ha tenido y conserva las atribuciones de rectoría que incluyen, entre otras obligaciones, el diseño, la implementación y la vigilancia de la política pública en materia de salud. En el cumplimiento de dichas obligaciones, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) fue el responsable de diseñar y publicar el Programa de Acción Específico (PAE) en materia de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024.

El PAE contempló al aborto seguro como un pilar que buscaba incrementar la disponibilidad de los servicios y la seguridad de los procedimientos para no poner en riesgo de manera innecesaria la salud y la vida de niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar (CNEGSR, 2021a; CNEGSR, 2021b). En el foco de la política se encontraba el propósito de reconocerlas como las protagonistas de la atención y sujetos de derechos con competencia para la participación activa en la toma de decisiones que tienen que ver con su salud, el ejercicio de su autonomía reproductiva y el control de su proyecto de vida.

El componente de aborto seguro buscó reconocer que las experiencias de quienes han interrumpido un embarazo son diversas. Cuando la experiencia vital aparece en su complejidad frente a la demanda de atención de servicios de salud, lo que se presenta es la profundidad de los entramados y entrapados culturales, de los afectos, del desafío a los mandatos de género, de la maternidad o del amor romántico, de las experiencias pasadas, las carencias materiales y elementales, de la pérdida, el enojo y el alivio, de la priorización del plan de vida actual o futuro y hasta del servicio de salud que esa mañana le cambió la historia a alguien.

Por eso, desde 2021, con la finalidad de establecer las directrices, pautas operativas, y oferta de elementos teóricos, médico-técnicos, jurídicos y de atención centrada en la persona que deben ponerse en práctica en la cotidianidad de la atención, se publicó el Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México.

Este documento vio la luz el 14 de junio de 2021 y luego, el 18 de octubre de 2022, se presentó su actualización con la participación de los equipos de la Organización Panamericana de la Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Se trata del primer documento a nivel federal que reconoce que el acceso a la atención del aborto en condiciones seguras es un derecho humano fundamental (CNEGSR, 2021b). El Lineamiento es, desde luego, un documento que guía los parámetros, pero su puesta en práctica ha implicado el desarrollo de una serie de estrategias simultáneas, complejas y vivas para acompañar la operación y ha implicado también barreras y límites.

Este capítulo busca documentar algunos de los resultados de la política pública de aborto seguro en México. Los hallazgos que se presentan en este artículo se basan en las acciones implementadas por los Servicios de Secretaría de Salud (ssa) y los Servicios Estatales de Salud (sesa) entre los años 2020 y 2022, y que reflejan la aplicación de la política pública en las unidades de estos órganos en las 32 entidades federativas.

## ¿POR QUÉ EL ABORTO ES UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA?

La respuesta es contundente: porque niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar siguen muriendo por causas asociadas a las complicaciones del aborto inseguro, aun cuando estas son evitables y prevenibles (Dávila-Cervantes y Agudelo-Botero, 2014). Entre 1990 y 2016, cerca del 8% de las muertes maternas que ocurrieron estuvieron relacionadas con el aborto, incluidas muertes de niñas de entre diez y catorce años (Schiavon *et al.*, 2012); hasta el 18 de octubre de 2023 el aborto ocupó el sexto lugar de las causas de morbilidad materna extremadamente grave en nuestro país (Secretaría de Salud, 2023a) y el cuarto de mortalidad materna hasta el 4 de diciembre de 2023 (Secretaría de Salud, 2023b).

Las condiciones que llevan a las mujeres y otras personas con capacidad de gestar a recurrir a abortos realizados en condiciones inseguras reflejan dramáticamente las inequidades sociales, probablemente más que cualquier otro problema de salud reproductiva (ops y oms, 2015). Pero esta desigualdad no solo se trata de características psicosociales individuales, sino también del contexto, particularmente el marco legal y la disponibilidad de servicios. La evidencia científica ha documentado que a mayor restricción legal y penalización, mayor cantidad de prácticas inseguras con respecto al aborto, pues eso condiciona un ambiente con menor información, mayor reproducción del estigma, menor disponibilidad de los servicios y peores condiciones de calidad en estos (Ganatra *et al.*, 2017; Darney *et al.*, 2020). Esto significa que las interpretaciones restrictivas de leyes y normas no disminuyen la incidencia de los abortos, pero sí su seguridad (Singh *et al.*, 2017; National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2018).

En contraste, la atención oportuna y segura del aborto y sus complicaciones, con los procedimientos adecuados, disminuye su letalidad e impacto en la salud integral. El aborto en condiciones seguras y de legalidad es el evento reproductivo más seguro en la vida de una mujer que se embaraza: la evidencia científica muestra que, en condiciones seguras,

muere menos de una mujer por cada 100 000 abortos realizados en el primer trimestre, y este riesgo solo llega a compararse al riesgo de muerte por parto después de las veintidós semanas (Bartlett *et al.*, 2004). En la Ciudad de México, por ejemplo, entre abril de 2007 y mayo de 2023 la letalidad asociada a la ILE ha sido de 0 en 263 267 procedimientos de interrupción hasta las doce semanas (Gobierno de la Ciudad de México, 2023). Aunque no existe un indicador que sea comparable a cabalidad, pues la ILE no existía como tal y el abordaje del aborto no se realizaba con tecnologías previamente, la tasa de mortalidad en el antiguo Distrito Federal era de 34 muertes por cada 100 000 mujeres hospitalizadas por complicaciones relacionadas con el aborto (Schiavon *et al.*, 2012). Otros estudios con modelos matemáticos han mostrado que la tasa de mortalidad materna en adolescentes ha disminuido hasta 20 % después de la reforma (Sobrevilla, 2021).

A la luz de la despenalización en la Ciudad de México, también se realizaron estudios económicos que mostraron que incrementar el abordaje temprano del aborto con medicamentos podía reducir los costos de atención hasta en 62 %, ahorrando hasta 1.6 millones de dólares anualmente. El estudio muestra que un aborto con misoprostol solo cuesta alrededor de 79 dólares, mientras que la atención médica por complicaciones relacionadas por el aborto fluctúa entre 601 y 2 100 dólares (Levin *et al.*, 2009). Una revisión sistemática mostró que en 2016 el costo anual del gasto de bolsillo para la atención postaborto en Estados Unidos alcanzó hasta 134 millones de dólares (Soleimani *et al.*, 2020); este dato es desconocido en América Latina, donde ocurre la mayor proporción de abortos inseguros (Bearak *et al.*, 2020).

Adicionalmente, posponer la atención del aborto incrementa la morbilidad y mortalidad materna, y en el contexto de crisis sanitarias y humanitarias como el de la pandemia por COVID-19 no hay justificación para exponer innecesariamente a las mujeres y personas con capacidad de gestar a riesgos adicionales (WHO, Regional Office for South-East Asia, 2020).

El fin último del componente de aborto seguro como respuesta a un problema de salud pública es revertir esas tendencias: fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud para dejar de exponer a las usuarias a procedimientos riesgosos y obsoletos como el legrado uterino instrumental (LUI), eliminar las complicaciones del retraso en la atención y las prácticas estigmatizantes entre el personal de salud, mejorar la experiencia del aborto como una acción afirmativa y positiva, así como disminuir los costos de su atención, particularmente porque el uso de tecnologías seguras con manejo ambulatorio reduce de forma importante el gasto para el sector y para las propias usuarias.

## ENTONCES, ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO DECIMOS ABORTO SEGURO?

Desde el ámbito de la salud, las definiciones de aborto y de aborto seguro han sido publicadas, reconocidas y aceptadas en el mundo, y México no es la excepción. Desde un punto de vista médico, el aborto es solo uno de los posibles desenlaces obstétricos que con frecuencia enfrentan las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, y desde el marco de los derechos humanos su atención no debería brindarse en función del motivo que lo genera. En marzo de 2022, la OMS publicó las *Directrices sobre la atención para el aborto* (WHO, 2022). En este documento actualizado se menciona que la atención a este tipo de procedimientos debe contemplar el respeto de los derechos humanos, la disponibilidad de información y un sistema de salud que pueda proveer este tipo de atenciones, y sus características, pues deberá ser eficaz, eficiente, accesible, aceptable, segura y equitativa. Además, en 2023 la OMS publicó el *Clinical practice handbook for quality abortion care* (*Manual de práctica clínica para la atención del aborto con calidad*), en el que reconoce al aborto inducido como la interrupción intencional de un embarazo intrauterino por medios médicos o quirúrgicos, que no tiene la intención de resultar en un nacimiento vivo.

De acuerdo con el Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México, que incluye las Directrices de la OMS 2022, aborto seguro significa entonces que, independientemente de que se trate de abortos espontáneos o inducidos, la atención que reciban las usuarias debe ser la misma: oportuna, respetuosa, digna, con tecnologías seguras y eficaces, con un adecuado manejo del dolor, y con oferta anticonceptiva acorde a sus necesidades y preferencias (CNEGSR, 2021b). De modo que esto implica garantizar los mismos parámetros de calidad para la atención de las interrupciones espontáneas e inducidas de embarazos viables y no viables.

## EL MARCO LEGAL DEL ACCESO A LA ATENCIÓN DEL ABORTO SEGURO

A finales del siglo xx, dos conferencias mundiales visibilizaron la protección de los derechos reproductivos: la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, llevada a cabo en Beijing en 1995. En ambas se hizo un llamado a todos los gobiernos a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones inseguras como un importante problema de salud pública y a considerar la revisión de

las leyes que contengan medidas punitivas en contra de mujeres que se someten a abortos ilegales (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1994: párr. 8.25; United Nations, 1995: párr. 97). En el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y en la Cumbre de Nairobi sobre la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD25) se llamó a los Estados a asegurar la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad (NU-CEPAL, 2013; Butler *et al.*, 2019). La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible también reconoció la obligación de los Estados de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos (NU, 2015).

Además de estos acuerdos, los tratados internacionales firmados y ratificados por México, como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o la Convención sobre los Derechos del Niño, forman parte del marco jurídico en materia de derechos humanos de mujeres, niñas y adolescentes. El artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que todas las autoridades del país, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Desde el principio *pro persona*, “ante varias alternativas interpretativas, se opta por aquella que reconozca con mayor amplitud los derechos, o bien, que los restrinja en la menor medida” (Primer Tribunal Colegiado del Décimo Noveno Circuito, 2019). Al tratarse de un principio de derechos humanos, es aplicable a la atención de la salud sexual y reproductiva, incluido el aborto seguro, en consonancia con lo previsto por el artículo 4.º constitucional que protege el derecho a la salud y la autonomía reproductiva. Las herramientas que ha proporcionado la reforma constitucional del año 2011 han favorecido la argumentación jurídica con perspectiva de género y de derechos humanos. Además, en años recientes, la SCJN ha emitido una serie de sentencias que reconocen que el acceso a servicios de aborto seguro es un asunto de derechos humanos. La Corte mexicana se ha pronunciado en cinco temas esenciales: el aborto como un tema de salud integral,<sup>3</sup> el derecho a la interrupción del embarazo de

---

<sup>3</sup> La Primera Sala de la SCJN resolvió que el aborto es una intervención terapéutica recomendada para preservar o restaurar la salud de las mujeres, que incluye la protección a un estado de bienestar físico, mental y social. En términos del principio *pro persona*, se configura como el cumplimiento y garantía efectiva de los derechos a estar libre de discriminación, a gozar de una vida digna, a la libertad y a estar libre de injerencias arbitrarias en la vida privada. Estos derechos, interrelacionados con el derecho a la salud, implican que las mujeres accedan, sin distinciones arbitrarias, a servicios de salud que solo ellas necesitan (Primera Sala de la SCJN, 2019).



las víctimas de violencia sexual,<sup>4</sup> la inconstitucionalidad de las normas que criminalizan de manera absoluta al aborto,<sup>5</sup> la invalidez de las normas que protegen la vida desde la concepción<sup>6</sup> y los límites de la figura de objeción de conciencia.<sup>7</sup> A través de estos criterios judiciales se fortalece la actuación del personal sanitario y se brinda certeza sobre el marco jurídico que respalda y mandata la atención del aborto seguro.

En septiembre de 2021, a partir de la sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017 que declaró la inconstitucionalidad de la criminalización absoluta del aborto voluntario en Coahuila, se fortalecieron los avances argumentativos en el poder judicial, así como en los congresos estatales. Desde lo sostenido por la SCJN, el derecho a decidir es un instrumento para ejercer el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía personal y la protección de la intimidad, ya que le permite a la mujer o a la persona con capacidad de gestar elegir quién quiere ser, por lo que se reconoce que “en la maternidad subyace la noción de voluntad, de deseo de que la vida personal atraviese por tal faceta” (SCJN, 2021a, párr. 74). Al ser resuelta por mayoría de votos de las ministras y los ministros de la Corte, esta sentencia es un precedente obligatorio para todas las autoridades jurisdiccionales de la Federación y de las entidades federativas.<sup>8</sup> La Ciudad de México, Oaxaca, Hidalgo y

---

4 La Corte ha argumentado que la atención a víctimas de violación es una emergencia médica, por lo que la negativa del aborto constituye un acto violatorio grave de derechos humanos, pues implica generar continuidad en el daño ocasionado. Sobre la atención a víctimas de violencia sexual, se debe considerar su contexto particular (Segunda Sala de la SCJN, 2018a; Segunda Sala de la SCJN, 2018b; Primera Sala de la SCJN, 2021).

5 El Pleno de la SCJN sostuvo que la criminalización absoluta de la interrupción del embarazo es inconstitucional, ya que atenta contra los derechos humanos de las mujeres y personas gestantes protegidos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (SCJN, 2021a). Además, en el año 2023 la Primera Sala de la SCJN replicó la declaración de inconstitucionalidad de los artículos del Código Penal para el Estado de Aguascalientes que criminalizan el aborto y otorgó el amparo a las organizaciones promoventes para el efecto de que el congreso local “derogue los artículos declarados inconstitucionales” (Primera Sala de la SCJN, 2023a, párr. 314-334). Además, la misma Primera Sala determinó que “el artículo 331 del Código Penal Federal es inconstitucional, ya que forma parte del sistema normativo que prohíbe de forma absoluta el aborto voluntario, específicamente en su vertiente de consentido”, y otorgó el amparo a la asociación civil promotora “para el efecto de que el Congreso federal derogue los artículos declarados inconstitucionales” (Primera Sala de la SCJN, 2023b, párr. 175 y 237).

6 La SCJN también ha emitido sentencias en las que ha declarado la inconstitucionalidad de la protección del derecho a la vida desde la concepción, sosteniendo que eso no significa que la Corte “descarte que la vida en gestación tiene una dignidad particular que debe ser protegida por el Estado, pero esa protección debe incrementarse de manera gradual sin afectar o lesionar injustificada o desproporcionadamente los derechos humanos de las mujeres y personas gestantes” (SCJN, 2021b, párr. 105).

7 La Corte ha establecido límites para el ejercicio de la objeción de conciencia, ya que se reconoce que el ejercicio de esta figura no puede poner en riesgo los derechos que también se encuentran reconocidos en el marco jurídico vigente, como el derecho a la salud y a la autonomía reproductiva (SCJN, 2021c).

8 Artículo 222, Ley de Amparo, Reglamentaria de los artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Veracruz ya habían realizado las reformas legislativas para despenalizar el aborto hasta las doce semanas completas de gestación. Adicionalmente, los congresos locales de Baja California, Baja California Sur, Colima, Quintana Roo, Guerrero y Aguascalientes armonizaron sus marcos legales de acuerdo con lo establecido por el máximo Tribunal al reconocer el periodo de doce semanas de gestación para acceder a un aborto de manera voluntaria en ejercicio del derecho a decidir; en el caso de Sinaloa, se reconoció el periodo de trece semanas de gestación.

La Corte también reforzó su protección al derecho de las víctimas de violencia sexual a la IVE, en estos supuestos la SCJN resolvió invalidar el límite gestacional previsto en el Código Penal del Estado de Coahuila, al considerar el contexto específico de las víctimas de violencia sexual (SCJN, 2021a, párr. 231, 322-334).

La sentencia de la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017 ha establecido los parámetros para la defensa del derecho a decidir y es utilizada por diversas colectivas y organizaciones de la sociedad civil para proteger el acceso al aborto seguro a través de juicios de amparo. Se estima que los criterios construidos por la SCJN continuarán utilizándose a lo largo del territorio nacional, con los mismos resultados. Además, es importante dar seguimiento a la línea argumentativa de la Corte, en términos del principio de progresividad de los derechos humanos.

Las herramientas anteriores forman parte del marco jurídico que da fundamento legal a la atención del aborto seguro y fortalecen la actuación del personal de salud. En su versión actualizada, el Lineamiento recoge, enlista y explica esta normativa como base para el funcionamiento de los SAS con la finalidad de acercarla al personal de salud que toma decisiones, administra y opera los servicios en la atención de estas necesidades.

## ¿CÓMO DEBEN SER ATENDIDOS LOS ABORTOS EN MÉXICO?

### PRINCIPIOS PARA LA ATENCIÓN DE ABORTO SEGURO

Los procesos de salud vinculados a la reproducción y la sexualidad —como lo es un aborto— están atravesados por significados y relaciones que influyen e impactan en el comportamiento, las emociones y el destino de las personas y los grupos a los que pertenecen. En ese sentido, la evidencia ha mostrado que, en cuestiones de salud sexual y reproductiva, una perspectiva integral es crucial para tener resultados en la salud de quienes buscan atenderse, es decir, para lograr un acceso efectivo (González de León *et al.*, 2014).

En el Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México se proponen principios de actuación: oportunidad, confidencialidad y privacidad, seguridad, buen trato y trato libre de estigmas. Estos principios son al mismo tiempo una obligación, una responsabilidad ética y un horizonte en la calidad durante toda la atención de cualquier aborto.

La expectativa de lograr que el servicio se haga con enfoque de derechos humanos, perspectiva de género, interculturalidad y de juventudes se pone a prueba en el momento en que el personal de salud se encuentra frente a frente con las usuarias de los servicios. Es ahí en donde se espera que el servicio sea oportuno, técnicamente competente y éticamente correcto. Brindar un servicio con estas características implica que al presentarse la persona que demanda la atención no se le haga esperar o se le intente referir a otros servicios por el hecho de que el personal pone en duda sus motivaciones, o porque se antepongan criterios y requisitos burocráticos para condicionarla. El servicio debe ser integral, resolutivo y eficiente.

Para que sea resolutivo no basta con estar disponible, sino que debe tener las condiciones que hacen que la persona que busca atención se sienta acogida. Las usuarias deben encontrar un espacio seguro en el que las circunstancias y decisiones que las llevaron a solicitar la atención sean utilizadas para mejorar la experiencia en su paso por los SAS. La información que la usuaria ha compartido con profesionales de la salud debe ser confidencial y, por ende, inaccesible para toda aquella persona ajena a esa consulta o al seguimiento del caso.

El personal debe ser capaz de mostrar interés y sensibilidad, tener la capacidad para apoyar en la elección efectuada, contar con competencias para resolver preguntas e inquietudes, y otorgar información objetiva, detallada, veraz, suficiente y precisa. Esto es lo que desde el sector Salud en México se ha llamado la cultura del buen trato (Valdez-Santiago *et al.*, 2018) y en los servicios de salud sexual y reproductiva podría ser la diferencia entre una experiencia afirmativa y una de violencia institucional para las usuarias.

La seguridad de la paciente se define en el SNS como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable (OMS, 2009). Si bien esta definición hace énfasis en la integridad física de quienes reciben la atención, se considera que, sin los principios anteriormente enumerados, la seguridad en la atención se pone en entredicho. La integralidad significa que son todos y no solo algunos de estos principios los que deben ser considerados como la ética de servicio a la que el personal debe aspirar, y se espera, al mismo tiempo, que funcione como un proceso que procura altos estándares u horizontes en la calidad.

## MOMENTOS EN LA ATENCIÓN

Apegarse a los estándares internacionales de calidad y seguridad en la atención del aborto seguro permite fortalecer la autonomía de niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva de manera libre, consciente e informada, a partir del intercambio de información entre ellas y el personal de salud.

Es fundamental reiterar que el aborto no se reduce a una condición clínica o física, sino que entraña una experiencia compleja y con significados diversos dependiendo de las características y contextos sociales, comunitarios, familiares e individuales de quienes solicitan la atención. En esa medida, el acompañamiento y consejería del personal de salud es un elemento determinante en la toma de decisiones y en la subjetivación de la experiencia desde una perspectiva afirmativa (Ortiz, 2021). Contar con información precisa y clara mejora la experiencia clínica de las personas en situación de aborto y modifica incluso la percepción del dolor físico.

Los procesos que ocurren durante la atención del aborto seguro son simultáneos y no se reducen al rol y desempeño de algún miembro específico del personal, sino que se traslapan y son responsabilidad de todo el personal involucrado en la atención. Por ello, es de suma importancia que todas las personas que intervienen en este proceso tengan competencias interpersonales para transmitir información, utilizar un lenguaje sencillo, tener una actitud empática y libre de estigma, y mantener una escucha activa, asegurándose en todo momento de que las usuarias comprendan la información que reciben.

En el Lineamiento se describe que el trayecto de las usuarias en los servicios de salud debe atravesar al menos cuatro momentos:

1. La consejería. Como estrategia de atención integral centrada en las usuarias, busca propiciar un espacio de confianza, privacidad y seguridad para aclarar los procesos de la atención a través de información accesible, objetiva, clara, veraz, suficiente y basada en evidencia científica, tomando en consideración las características de las usuarias, su estado físico y emocional, su contexto, o bien, las capacidades evolutivas y madurez en el caso de niñas y adolescentes.
2. El consentimiento informado. Es un derecho de las usuarias y una obligación legal para el equipo de salud. Se trata de un proceso clínico de comunicación continua entre el personal y la usuaria que implica que esta dé su autorización para los procedimientos que serán realizados y que el personal de salud verifique que la información se comprendió y es útil para la usuaria.

3. El manejo clínico. Debe ser actualizado y homogéneo en todas las unidades de atención, dando prioridad al manejo ambulatorio y con régimen farmacológico para las atenciones de primer trimestre. Se establecerá en función de las condiciones generales de la usuaria, sus preferencias, el diagnóstico que se establezca, incluyendo las semanas de gestación, la capacidad técnica del personal a cargo del servicio y la infraestructura disponible en la unidad médica.
4. Anticoncepción postaborto. Se debe informar a las usuarias que el retorno a la fertilidad es inmediato, independientemente de la modalidad con la que se realice el aborto y la edad gestacional en la que se atendió. La consejería sobre anticoncepción debe brindarse en el mismo momento y lugar en el que se proporcionan los servicios de aborto y la elección dependerá de las necesidades y preferencias de la usuaria.

Es de vital importancia reconocer que niñas y adolescentes son sujetos activos en la toma de decisiones relacionadas sobre su sexualidad y reproducción (Ortiz, 2020). Así, el acompañamiento del personal de salud debe centrarse en otorgar atención e información de acuerdo con sus capacidades evolutivas para que puedan tomar decisiones autónomas, respetando que el principio del interés superior de la infancia y la autonomía progresiva antepone la voluntad de las niñas y adolescentes sobre los intereses o expectativas de la madre, padre o persona tutora.

### **COORDINACIÓN INSTITUCIONAL Y REDES DE SERVICIOS**

La atención del aborto seguro se ubica dentro de una red de otros servicios que permite brindar atención integral. El momento en el que toda usuaria llega a los servicios de salud es siempre una oportunidad para atender otras necesidades y detectar diferentes padecimientos o factores de riesgo, como sucede en el caso de niñas y adolescentes menores de quince años, en quienes los embarazos pueden ser no intencionales, como resultado de violencia sexual, y por ello la atención por aborto seguro debe comprender la búsqueda intencionada de indicadores de violencia, particularmente en esta población (Secretaría de Salud, 2015).

La vinculación intrainstitucional e interinstitucional y la colaboración de todo el sector para la atención del aborto seguro permite completar el esquema de oportunidad y calidad en la atención y garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud que el Estado mexicano busca proteger para todas las personas con capacidad de gestar, incluyendo a mujeres, niñas y adolescentes.

Por ello, el personal de salud tiene un papel fundamental no solo en el ámbito operativo, sino también en la gestión de los SAS para ejecutar estrategias de coordinación, como son:

- Identificar unidades médicas con personal sensibilizado que cuente con capacidades técnicas para brindar la atención oportunamente.
- Establecer redes de actores clave que desde su cargo, función o nivel jerárquico contribuyan a facilitar los procesos de atención en las usuarias que requieren acceder a un aborto seguro.
- Establecer rutas y protocolos a seguir a nivel hospitalario, jurisdiccional y estatal, partiendo de la identificación de necesidades, y lograr con oportunidad que la usuaria acceda al servicio, contribuyendo en la reparación del daño cuando las usuarias han sido víctimas de violencia sexual, brindando una atención de alta calidad.
- Identificar las necesidades del personal en materia de capacitación, insumos, seguimiento e infraestructura en las unidades, incluyendo a aquellas geográficamente más alejadas.
- Colaborar con otras instituciones, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, para la observancia de la calidad en las atenciones y analizar la información sobre dichas atenciones, ubicando variables clave que permitan identificar áreas de oportunidad en los registros.

## AVANCE HISTÓRICO SOBRE ABORTO SEGURO EN MÉXICO

En el marco del PAE en materia de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024 se establecieron condiciones que permitieron por primera vez en la historia dedicar esfuerzos particulares a mejorar los estándares en la atención del aborto seguro, más allá de las acciones ligadas a la salud materna y planificación familiar, estableciendo así una política pública con el objetivo de garantizar el acceso a SAS según el marco legal vigente.

Las acciones establecidas buscaron generalizar los criterios de calidad, incluyendo el uso de terapéuticas y procedimientos clínicos ambulatorios recomendados por la OMS. Se buscó el modelaje de esta atención en diversas unidades de los SESA. Para este propósito, se otorgó financiamiento especial y temporal a los estados para garantizar tres condiciones operativas:

1. **Habilitación de espacios.** Se instalaron consultorios en primer o segundo nivel de atención con las características necesarias de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. Esta acción busca cambiar la perspectiva sobre la priorización del uso de los espacios ambulatorios versus los quirúrgicos, optimizando el tiempo y las rutas de atención.
2. **Equipamiento.** Se garantizó el abasto de insumos como medicamentos, jeringas y cánulas para aspiración manual endouterina (AMEU), cama de exploración, lámparas y ultrasonidos.
3. **Recursos humanos.** Con énfasis en la ampliación de roles para incorporar a personal de enfermería o medicina general. Además, se realizan estrategias para sensibilización y capacitación sobre estigma, marco legal y el propio uso de las tecnologías.

Para finales de 2020 se garantizó la distribución de medicamentos y AMEU; además, durante 2021 y 2022 se aseguró el resto de condiciones de habilitación y fortalecimiento de recursos humanos. Para septiembre de 2023 se contabilizaron 105 SAS funcionando en las 32 entidades federativas en los SESA, de ellos el 20 % instalados en el primer nivel y el resto en el segundo nivel de atención, operando con las características antes descritas.

Por lo que hace a la IVE, la Ley General de Víctimas y la NOM-046-SSA2-2005 reconocen que es un derecho de las mujeres para limitar el daño ocasionado por una violación sexual. Sin embargo, esta forma de aborto inducido es una de las que ha presentado mayores barreras para su garantía en la atención desde su inclusión en la legislación y en los protocolos sanitarios. Se eligió entonces como un indicador sensible al cambio en las condiciones para su acceso y se incorporó al PAE el porcentaje de mujeres embarazadas por violación sexual a las que se les practicó un aborto seguro en los SESA<sup>9</sup> como indicador estratégico sexenal.

El incremento de este indicador se relaciona con una disminución de las barreras de acceso al servicio de salud, es decir, con el acercamiento de las usuarias a demandar los servicios y la disponibilidad de recursos y capacidad técnica de los servicios de salud para atenderlas (Tabla 1).

---

<sup>9</sup> (Número de mujeres embarazadas por violación sexual a las que se les practicó un aborto seguro en los servicios estatales de salud para interrumpir voluntariamente el embarazo / Número de mujeres embarazadas como consecuencia resultante de mayor gravedad por violencia sexual atendidas en los servicios estatales de salud \* 100).

**Tabla 1. Porcentaje de mujeres embarazadas por violación sexual a las que se les practicó un aborto seguro en los Servicios Estatales de Salud de 2018 a 2022 en México**

Variable	2018	2019	2020	2021	2022
Interrupciones voluntarias del embarazo **	147	181	160	366	521
Embarazos consecuencia de una violencia sexual *	516	766	979	1583	1819
Alcance indicador PAE	28.5	23.6	16.3	23.1	28.6

**Fuente:** \*SALUD/CNEGSR, DVI, Informe General de Avances, 2017- 2022 y \*\*SALUD/DGIS, Subsistema de Egresos, Urgencias y Lesiones.

De la tabla anterior destaca:

1. El incremento del número de IVE a partir de 2021, año en que se instalaron los servicios y que alcanzó las 521 atenciones en 2022, lo que representa un alcance porcentual de más de 320 % en comparación con las 160 otorgadas en 2020.
2. El incremento en el registro del número absoluto de embarazos consecuencia de violación sexual se debe a su vez a un fortalecimiento de condiciones de los servicios y competencias del personal de salud para la identificación de casos de violencia sexual y el uso de formatos para su correcto registro.

Aunque aún existe una gran brecha para brindar el servicio con oportunidad, en gran medida las barreras se relacionan con la normalización del embarazo en mujeres adolescentes y niñas, la demanda de atención durante el segundo trimestre avanzado de la gestación por las propias condiciones de la violencia, la complejidad en la gestión de capacidad técnica para interrumpir embarazos avanzados y, por supuesto, la estigmatización que le supone mayor importancia a la potencial viabilidad del producto en comparación con las condiciones de violencia estructural en las que se encuentra la mujer o persona con capacidad de gestar víctima de violación. Por otro lado, como se observa en la Tabla 2, se ha trazado un registro que permite dar seguimiento al uso de terapéuticas y procedimientos médicos para la resolución de abortos en las unidades de salud por tipo de servicios que registra (egresos hospitalarios y consulta externa).



**Tabla 2. Terapéuticas y procedimientos para la resolución de abortos de primer trimestre de gestación en las unidades de salud por tipo de servicio en México (2020 a 2022)**

Año de registro	2020				2021				2022			
Servicios que registra	Egresos hospitalarios		Consulta externa		Egresos hospitalarios		Consulta externa		Egresos hospitalarios		Consulta externa	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Medicamento / AMEU	3,275	7	551	43	14,918	29	930	39	20,524	35	3,643	78
LUI	8,806	18	731	57	29,624	57	1,475	61	32,533	55	1,328	22
No especificado	35,957	75	n/a	n/a	7,125	14	n/a	n/a	5,590	10	n/a	n/a
Total	48,038	100	1,282	100	51,667	100	2,405	100	58,647	100	5985	100

**Fuente:** SALUD/DGIS, Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) y Subsistema de Prestación de Servicios.

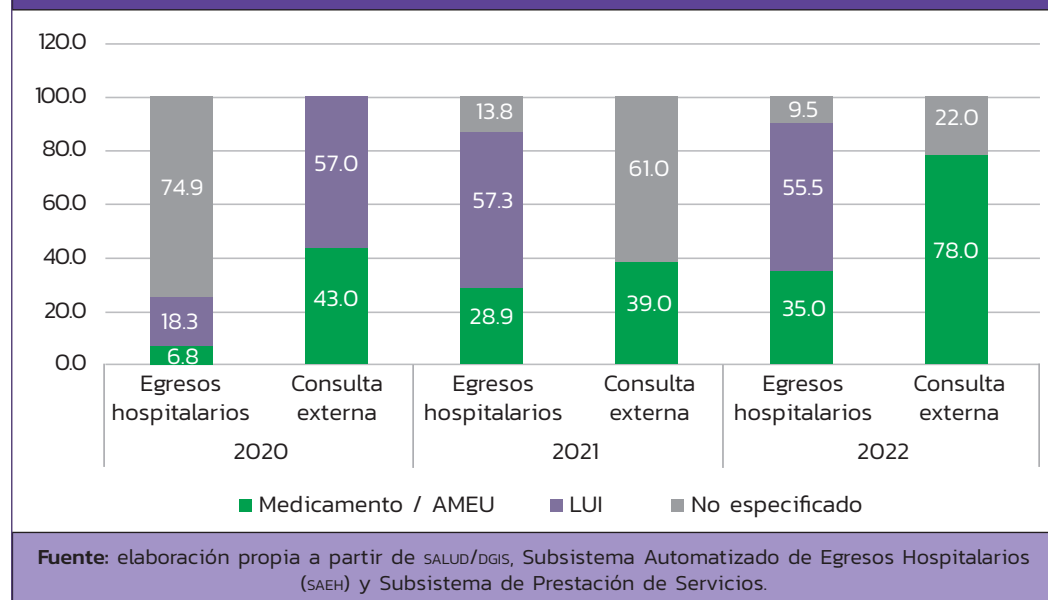
A partir de ello, desde los registros de las unidades de segundo nivel de atención que atienden abortos se ha podido observar un incremento constante en la proporción de terapéuticas y procedimientos en los que se utiliza medicamentos o AMEU, pasando de 6.8 % en 2020 a un 35 % en 2022.

Este avance también tuvo un impacto en las unidades que atienden abortos en los servicios de consulta externa, ya que el uso de medicamentos o AMEU para la resolución de estos eventos ha presentado un avance notable, al pasar de un 43 % durante 2020 hasta un 78 % durante 2022, y un decremento en el uso de tecnologías inadecuadas como el LUI, pasando de un 57 % en 2020 a un 22 % en 2022.

Estas proporciones permiten reconocer una tendencia creciente a nivel nacional en el uso de procedimientos seguros, ya que actualmente ocho de cada diez mujeres que se atienden por motivo de aborto en las unidades de salud a través de servicios de consulta externa son atendidas de manera ambulatoria y con tecnologías seguras, lo cual se puede ver con más contundencia en la siguiente figura (Figura 1). Queda por explorar por medio

de metodologías más cualitativas si el 22 % de LUI que aún se registra se debe a casos en los que existe mala calidad de la atención, problemas de registro o casos en los que es necesario llevar a cabo un legrado, y la intervención oportuna consiste en acercar información a la población.

**Figura 1. Proporción de los procedimientos de resolución de abortos de primer trimestre de gestación en las unidades de salud por tipo de servicio (2022-2022)**



## CONCLUSIONES

Los avances y datos que se comparten en este capítulo sobre el proyecto, el diseño y los resultados del componente de aborto seguro son la materialización del esfuerzo por construir una respuesta formal y diferenciada desde el Estado a este agudo pendiente histórico. Sin duda, los cimientos fueron aquellos testimonios emanados desde la clandestinidad, el trabajo de gestión de las organizaciones civiles y acompañantes, la experiencia previa en la Ciudad de México, los alarmantes datos epidemiológicos, y las manifestaciones de miedo y estigma que el personal de salud experimenta frente al tema; en fin, del aborto inseguro como un problema público y de salud.

México cuenta con la configuración de una política pública inédita que fue acompañada en su implementación por modificaciones constantes sucedidas en otros ámbitos geográficos y sectoriales, principalmente en el marco legal del país que amplía cada vez más un enfoque garantista de los derechos humanos y la aplicación del principio pro persona. Pese a lo andado, su avance no se antoja libre de retos.

Entre 2022 y 2023 han ocurrido diversas reformas para modificar la administración de la atención gratuita y universal para personas sin seguridad social, designando al IMSS-Bienestar como la institución garante. Estos cambios han implicado el planteamiento del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) que busca la unificación en la administración del SNS a través de la modificación de la organización administrativa y de gestión de los servicios. Aunque el aborto seguro se incluye en el modelo, y las atribuciones de rectoría se sostienen en las Secretarías de Salud federal y estatales, existen cuestiones administrativas y presupuestales que no brindan claridad sobre la sostenibilidad de la cartera de servicios, en general, y en particular las referentes a salud sexual y reproductiva.

En suma, los SAS brindados por los SESA de las 32 entidades federativas serán administrados por una institución distinta con mecanismos de gestión que se encuentran todavía bajo definición. Será crucial dar seguimiento a las acciones que se implementen en cada entidad federativa y que estén relacionadas con sostener la cartera de servicios y retomar el conocimiento generado, las experiencias del personal de salud previamente capacitado, la infraestructura construida y los estándares de calidad que prueban su efectividad.

El SNS, incluyendo a los órganos recientemente formados, deberán fortalecer la construcción de mecanismos sólidos para instruir y verificar que la provisión de SAS se ajuste al modelo de atención construido en el PAE 2020-2024. Esta tarea incluye retomar los esfuerzos por erradicar la revictimización a mujeres y otras personas con capacidad de gestar que cursan un embarazo forzado, reconocer la atención del aborto como asunto de derechos humanos, así como adoptar las intervenciones clínicas recomendadas por la OMS en atención al aborto, ya sea espontáneo o inducido. En resumen: que se coloque a las usuarias como protagonistas de la atención antes que a cualquier otro actor.

Mientras se camina a la desfragmentación del SNS, la universalización de este servicio, con probada evidencia empírica, debe continuar. Se requiere para esto que cada una de las instituciones del sector se comprometan a implementarlo y que cada organización de la sociedad civil, personas de la ciudadanía y personal de salud lo conozcan, reconozcan, lo hagan realidad y lo hagan exigible ahí donde lo gestionen, operen o vayan a solicitar un servicio de aborto seguro.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bartlett, L. A., Berg, C. J., Shulman, H. B., Zane, S. B., Green, C. A., Whitehead, S., y Atrash, H. K. (2004). Risk Factors for Legal Induced Abortion–Related Mortality in the United States. *Obstetrics & Gynecology* 103(4), 729-737. <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000116260.81570.60>
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., y Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health* 8(9):e1152-e1161. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32710833/>
- Butler, J., Erken, A., Hurskin, I., Luchsinger, G., Passanisi, D., Said, R., y Smith, P. (2019). Adelantando la promesa. Informe Relativo a la Cumbre de Nairobi Sobre la CIPD25. Disponible en: [unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/20-134\\_UNFPA-NairobiSummitReport-SP-v1125-web\\_1.pdf](https://unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/20-134_UNFPA-NairobiSummitReport-SP-v1125-web_1.pdf). Consultado el 20 de diciembre de 2023.
- CNEGSR (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva). (2021a). *Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024*. Gobierno de México, Secretaría de Salud. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE\\_SSR\\_24\\_5\\_21.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf). Consultado el 20 de diciembre de 2023.
- CNEGSR (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva). (2021b). *Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México*. Gobierno de México, Secretaría de Salud. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/es/documentos/lineamiento-tecnico-para-la-atencion-del-aborto-seguro-en-mexico-274667?state=published>. Consultado el 20 de diciembre de 2023.
- Darney, B. G., Fuentes-Rivera, E., Polo, G., Saavedra-Avendaño, B., Alexander, L. T., y Schiavon, R. (2020). *Con la ley y sin la ley/With and without the law: Utilization of abortion services and case fatality in Mexico, 2000–2016*. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 148(3), 369-374. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13077>
- Dávila-Cervantes, C. A., y Agudelo-Botero, M. (2014). Mortalidad evitable en México y su contribución a los años de vida perdidos. Análisis por grado de marginación estatal, 2001-2010. *Papeles de Población* 20(82), pp. 267-286. Disponible en: <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/8343/7035>. Consultado el 24 de septiembre 2024.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (1994). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Disponible en: [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD\\_programme\\_of\\_action\\_es.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf). Consultado el 20 de

- diciembre de 2023.
- Ganatra, B., Gerdtz C., Rossier, C., Johnson Jr., B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., y Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet* 390(10110), 2372-2381. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)31794-4)
- Gobierno de la Ciudad de México. (2023). *Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Estadísticas. Abril 2017-30 de Mayo de 2023*. Gobierno de la Ciudad de México. Disponible en: [http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/ILE\\_WEB\\_may\\_2023.pdf](http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/ILE_WEB_may_2023.pdf). Consultado el 14 de diciembre de 2023.
- González de León, D., Salinas, A. A., Torre, M. P., y Mora, F. (2014). Necesidades de salud sexual y reproductiva en estudiantes de una universidad pública mexicana. *Global Health Promotion* 21(3), 68-79. <https://doi.org/10.1177/1757975913516653>
- Levin, C., Grossman, D., Berdichevsky, K., Diaz, C., Aracena, B., Garcia, S. G., y Goodyear, L. (2009). Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters* 17(33), 120-132. [https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(09\)33432-1](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(09)33432-1)
- National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2018). *The Safety and Quality of Abortion Care in the United States*. The National Academies Press. <http://dx.crossref.org/10.17226/24950>
- NU (Naciones Unidas). (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>. Consultado: 10 de diciembre, 2023.
- NU-CEPAL (Naciones Unidas-Comisión Económica para América Latina). (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>. Consultado el 10 de noviembre de 2023.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp\\_00E.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00E.pdf). Consultado el 10 de noviembre de 2023.
- OPS y OMS (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud). (2015). Boletín informativo. El aborto como problema de salud pública. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54202>. Consultado el 13 de diciembre de 2023.
- Ortiz, G. (2020). *Atención Integral del aborto en menores de 15 años* (pp. 1-62). CLACAI, IPAS.

Disponible en: [https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1333/GUIA%20TEC\\_ATE%20ABORTO\\_FINAL.pdf](https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1333/GUIA%20TEC_ATE%20ABORTO_FINAL.pdf). Consultado el 10 de noviembre de 2023.

- Ortiz, O. (2021). ADAS, un camino para renovar la fortaleza emocional después de un aborto voluntario. En L. Cedeño Peña y O. Tena Guerrero (Coord.), *Interrupción del embarazo desde la experiencia de las mujeres: aportaciones interdisciplinarias*. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades-UNAM.
- Primer Tribunal Colegiado del Décimo Noveno Circuito. (2019). Tesis [J.]: XIX.1o. J/7, T.C.C., Gaceta del Semanario judicial de la Federación, Décima Época, tomo III, noviembre de 2019, p. 2000. Reg. Digital: 2021124. Disponible en: <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2021124>
- Primera Sala de la SCJN. (2019). Sentencia recaída al Amparo en Revisión 1388/2015, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Ponente: Alfredo Gutiérrez Mena, 15 de mayo de 2019.
- Primera Sala de la SCJN. (2021). Sentencia recaída al Amparo en Revisión 438/2020, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Ponente: Jorge Mario Pardo Rebolledo, 7 de julio de 2021.
- Primera Sala de la SCJN. (2023a). Sentencia recaída al Amparo en Revisión 79/2023, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Ponente: Juan Luis González Alcántara Carrancá, 30 de agosto de 2023.
- Primera Sala de la SCJN. (2023b). Sentencia recaída al Amparo en Revisión 267/2023, Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Ponente: Ana Margarita Ríos Farjat, 6 de septiembre de 2023.
- Schiavon, R., Troncoso, E., y Polo, G. (2012). Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990–2008. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 118(2S), 78-86. [https://doi.org/10.1016/s0020-7292\(12\)60004-6](https://doi.org/10.1016/s0020-7292(12)60004-6)
- SCJN. (2021a). Sentencia recaída a la Acción de Inconstitucionalidad 148/2017, Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Ponente: Luis María Aguilar Morales, 7 de septiembre de 2021.
- SCJN. (2021b). Sentencia recaída a la Acción de Inconstitucionalidad 106/2018 y su acumulada, Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Ponente: Alfredo Ortiz Mena, 9 de septiembre de 2021.
- SCJN. (2021c). Sentencia recaída a la Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Ponente: Luis María Aguilar Morales, 21 de septiembre de 2021.
- Secretaría de Gobernación. (2022). DECRETO por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR). *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_de](https://dof.gob.mx/nota_de)

- talle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0. Consultado el 10 de marzo de 2024.
- Secretaría de Salud. (2015). NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015#gsc.tab=0). Consultado el 24 de septiembre 2024.
- Secretaría de Salud. (2023a). *Informe semanal de morbilidad materna extremadamente grave. Semana epidemiológica 37 del 2023*. Gobierno de México, Secretaría de Salud. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/864142/MMEG\\_2023\\_SE37.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/864142/MMEG_2023_SE37.pdf). Consultado el 20 de diciembre de 2023.
- Secretaría de Salud. (2023b). *Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna. Semana epidemiológica 49*. Gobierno de México, Secretaría de Salud. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/875818/MM\\_2023\\_SE49.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/875818/MM_2023_SE49.pdf). Consultado el 24 de septiembre de 2024.
- Segunda Sala de la SCJN. (2018a). Sentencia recaída al Amparo en Revisión 601/2017, Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Ponente: José Fernando Franco González, 4 de abril de 2018.
- Segunda Sala de la SCJN. (2018b). Sentencia recaída al Amparo en Revisión 1170/2017, Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Ponente: José Fernando Franco González, 18 de abril de 2018.
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., y Onda, T. (2017). *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. Guttmacher Institute. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>. Consultado el 10 de noviembre de 2023.
- Sobrevilla, I. (2021, 4 de mayo). *El impacto de la despenalización del aborto sobre la mortalidad materna y fertilidad en adolescentes* [video]. YouTube. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=s7xk3H2Tr7E>. Consultado el 26 de marzo de 2024.
- Soleimani Movahed, M., Husseini Barghazan, S., Askari, F., y Arab Zozani, M. (2020). The Economic Burden of Abortion and Its Complication Treatment Cares: A Systematic Review. *Journal of Family & Reproductive Health* 14(2), 60-67. <https://doi.org/10.18502/jfrh.v14i2.4354>
- United Nations. (1995). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/9853.pdf>. Consultado el 17 de noviembre de 2023.
- Valdez-Santiago, R., Rojas Carmona, A., Villanueva Egan, L. A., Lomelin-Aragón, P., Ortega, A. C., del Río Zolezzi, A., y Arenas Monreal, L. (2018). Estrategia para la promoción del buen trato en la atención obstétrica en México. *Revista CONAMED* 23(4), 190-197. Disponible en <https://>

[www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con184e.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con184e.pdf)

- WHO (World Health Organization), Regional Office for South-East Asia. (2020). Continuing essential Sexual, Reproductive, Maternal, Neonatal, Child and Adolescent Health services during COVID-19 pandemic. WHO, UNFPA, UNICEF. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/331816>. Consultado el 10 de noviembre de 2023.
- WHO (World Health Organization). (2022). Directrices sobre la atención para el aborto. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240039483>. Consultado el 10 de noviembre de 2023.





## 6. Personal médico generalista y su rol en el acceso a abortos en Argentina

VIVIANA MAZUR Y FABIÁN PORTNOY

### RESUMEN

En los últimos veinte años, la Argentina transitó por un proceso de grandes avances en materia de derechos sexuales y reproductivos. Esto ha sido posible gracias al compromiso y la perseverancia del colectivo de organizaciones sociales que participaron en la conquista de esos derechos y, en particular, al movimiento feminista, que ha logrado hacer confluír la lucha social y democrática de las mujeres y disidencias sexuales con cada uno de los reclamos por los derechos sexuales y reproductivos.

A su vez, desde principios de siglo, se han conformado organizaciones y redes de mujeres y de profesionales de la salud que militan y garantizan el acceso al aborto en el sistema sanitario. De hecho, previo a la sanción de la ley de aborto legal, ya habían aumentado considerablemente las situaciones asistidas. Fue clave la incorporación de cientos de médicas y médicos generalistas, especialidad de gran presencia en el primer nivel de atención. A partir de ello se observó una expansión sostenida de las respuestas a solicitudes de interrupción legal del embarazo y un involucramiento mayor de muchas otras disciplinas integrantes de los equipos sanitarios. La Federación Argentina de Medicina General ha ocupado un rol de vanguardia en este proceso.

Se construyó un modelo compartido de cuidados entre las organizaciones comunitarias de acompañantes y los servicios de salud, modelo de alianza y colaboración para la garantía de derechos. Esto permitió a las mujeres y personas con capacidad de gestar acceder al aborto de manera cuidada y segura.

**Palabras clave:** aborto, acompañamiento, medicina general, redes de mujeres.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos veinte años, la Argentina transitó por un proceso de grandes avances en materia de derechos sexuales y reproductivos: desde la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el año 2002, pasando por las leyes de Contracepción Quirúrgica (2006), Educación Sexual Integral (2006), Matrimonio Igualitario (2010) y de Identidad de Género (2012), entre otras, hasta la aprobación de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo<sup>1</sup> (IVE/ILE), en diciembre de 2020.

La política pública en este campo ha acompañado los cambios evolutivos de los avances científicos y las ampliaciones de los marcos normativos y legislativos. Estos avances se reflejan, por ejemplo, en la ampliación de prácticas por parte de los equipos sanitarios (contracepción quirúrgica, expansión de los programas de testeo para VIH y sífilis, acceso a ILE-IVE; atención para la hormonización de personas trans, entre otros) y en el aumento de la diversidad de insumos para responder a demandas específicas (implantes anticonceptivos, anticoncepción de emergencia, insumos para abortos con medicamentos).

Estos avances han sido posibles gracias al compromiso y la perseverancia del colectivo de organizaciones sociales que participaron en la conquista de esos derechos y, en particular, al movimiento feminista, que ha logrado hacer confluír la lucha social y democrática de las mujeres y disidencias sexuales con cada uno de los reclamos por los derechos sexuales y reproductivos.

A su vez, y en el campo de la “traducción” de muchos de esos derechos a las prácticas efectivas de los equipos de salud, ha sido crucial el papel de la Federación Argentina de Medicina General (FAMG), que ha aportado cientos de médicas y médicos generalistas que, formando parte de equipos de salud a lo largo y a lo ancho de todo el país, han trabajado para garantizar el acceso a las prestaciones del campo de la salud sexual y reproductiva.

## EL MARCO JURÍDICO/NORMATIVO ARGENTINO

Como ya fue dicho, en los últimos años hubo, en Argentina, avances importantes en el marco jurídico en temas relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

---

<sup>1</sup> En Argentina, la ILE son las interrupciones por causales o excepciones legales, y las IVE son las interrupciones por decisión.

En diciembre de 2020 la Argentina legalizó el aborto hasta la semana catorce de gestación, a través de la ley 27610 de regulación del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto (Boletín oficial de la República Argentina, 2021).

Previo a la sanción de esta ley, las prácticas de los profesionales de la salud, en relación con el aborto, se dieron conforme a las interpretaciones que estos hicieron de los instrumentos y marcos legales vigentes en cada momento.

Durante los cien años que transcurrieron previo a la sanción de la ley 27610, el Código Penal Argentino tipificaba el aborto como un delito contra la vida y la persona. A su vez, planteaba ciertas excepciones establecidas en su artículo 86,<sup>2</sup> en donde se lee:

El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

1. Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios;
2. Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.

Así, desde su promulgación en 1921, el Código Penal ha contemplado tres situaciones o causales legales para interrumpir el embarazo:

- a) En caso de peligro para la vida de la mujer (causal vida).
- b) En caso de peligro para la salud de la mujer (causal salud).
- c) En caso de embarazo resultado de violencia sexual (causal violación).

Este modelo de excepciones implicaba que quienes se encuadraban en las causales descriptas tenían el derecho a solicitar y acceder a una interrupción del embarazo en ese momento denominado aborto no punible (ANP). Para que ello suceda se requería:

- Para la causal salud y la causal vida, que un profesional de la salud certifique que el embarazo pone en peligro o aumenta el riesgo para la salud o la vida de esa mujer.
- Para la causal violación, que la persona realice una declaración jurada donde deje sentado que el embarazo es resultado de violencia sexual.

---

<sup>2</sup> Código Penal de la Nación Argentina. Art 86, incisos 1 y 2. Disponible en: <https://www.mpf.gob.ar/pia/files/2015/04/codigo-penal.pdf>

- En ambos casos, la certificación de la causal o la declaración jurada deben adjuntarse a la historia clínica.

A pesar de contar, desde 1921, con un modelo de causales, han sido excepcionales los casos de personas que han accedido al ANP hasta entrado el siglo XXI.

Fue más recientemente que comenzaron a tomar estado público algunas solicitudes de acceso al ANP. Un caso muy emblemático, que culminó con sanciones penales a profesionales de la salud, fue el de Ana María Acevedo, mujer madre de dos niños que quedó embarazada cuando ya había sido diagnosticada con cáncer terminal y cuya experiencia fue particularmente conmovedora, ya que murió luego de haber sido obligada a continuar con su embarazo y detener el uso de analgésicos y la quimioterapia debido a que, según el criterio del equipo médico, su tratamiento podría causar daños al feto, quien finalmente también falleció (M. E., 2008). A diferencia de otros casos en los que se denegaron judicialmente los servicios médicos necesarios, este tuvo como resultado una investigación judicial de los médicos y el director del hospital que denegaron el aborto a Ana María Acevedo (Bergallo, 2016).

El surgimiento de estos casos marcó un profundo debate que desembocó en la aprobación de un primer conjunto de normas procedimentales sobre el artículo 86 del Código Penal sancionadas por ministros de salud a nivel nacional y provincial. Así, a partir de estas situaciones, algunos distritos impulsaron la elaboración de protocolos sanitarios para la atención del ANP. Los primeros que surgieron fueron los de la provincia de Buenos Aires y el del Ministerio de Salud de la Nación (MSN), ambos en 2007 (MSN, 2007; 2021). Estos primeros protocolos pretendieron encuadrar las prácticas profesionales sobre la base de lineamientos sanitarios, clínicos y jurídicos.

El punto de inflexión en el proceso por efectivizar el cumplimiento del artículo 86 fue el fallo F. A. L. s/Medida Autosatisfactiva, dictado en 2012 por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) (CSJN, 2012). Este caso se inició a fines de 2009, cuando A. G., una adolescente de quince años de Chubut, embarazada resultado de abuso sexual, se presenta con su madre al hospital para acceder a un ANP. Los médicos le exigieron un aval judicial para realizar la práctica. Como en otros casos, judicializar esta situación funcionó como un mecanismo que dilató el acceso a la práctica: desde que A. G. solicitó acceder a un ANP hasta que finalmente accedió pasaron más de diez semanas. Si bien A. G. accedió a la interrupción de su embarazo, la causa judicial continuó y el caso llegó a la CSJN. En marzo de 2012, esta dictó el fallo conocido como F. A. L. (CSJN, 2012).

Así, con el objeto de asegurar los derechos de las víctimas de violencia sexual, los jueces de la CSJN exhortaron en ese fallo a las autoridades nacionales y provinciales a

implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel, protocolos hospitalarios para la concreta atención de los ANP a los efectos de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos y a disponer de un adecuado sistema que permita al personal sanitario ejercer su derecho de objeción de conciencia sin que ello se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención de la requirente del servicio.

En pocos años, luego del fallo F. A. L, la mayoría de las provincias del país contaban con protocolos y recomendaciones sobre el ANP que tomaban en cuenta perspectivas amplias para el cumplimiento de derechos a partir de nuevas interpretaciones del Código Penal y la legislación vigente. A su vez, el MSN publicó, en 2016, el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE)” (MSN, 2022).

## LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES Y EL ACCESO AL ANP/ILE

Como veremos, las prácticas de acceso al ANP/ILE han aumentado progresiva y considerablemente durante los años previos a la sanción en 2020 de la ley de interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Entendemos que los cambios en el marco jurídico y normativo, y su divulgación entre los profesionales sanitarios, han contribuido a facilitar el acceso a quienes demandaban esta prestación.

En ese camino fue ampliándose la “masa crítica” de profesionales y sitios efectores que se fueron comprometiendo con la atención de mujeres en situación de aborto. Contribuyeron enormemente en este proceso diferentes cuestiones que facilitaron la incorporación de profesionales de distintas disciplinas a las heterogéneas respuestas institucionales de hospitales y centros de atención primaria de la salud. Entre ellas, vale la pena mencionar la difusión entre los equipos sanitarios de los alcances del fallo F. A. L, lo que tuvo una importante incidencia en el cambio de las prácticas de muchas médicas y médicos y demás integrantes de los equipos sanitarios.

En esa dirección, algunos equipos jurídicos del sistema de salud y de organizaciones no gubernamentales jugaron un rol muy importante y ayudaron a ir modificando las restricciones al acceso al ANP en los servicios hospitalarios.

Estos equipos de abogados trabajaron activamente con las direcciones de los hospitales y los servicios, ayudando a garantizar las prestaciones y a comprometer y responsabi-

lizar a las autoridades para articular la respuesta ante demandas de interrupción del embarazo. Como parte de este proceso, desde 2016, el MSN comenzó a proveer misoprostol a todas las provincias del país, aunque algunas de ellas, como la ciudad de Buenos Aires, ya contaban con esta medicación desde el año 2014. A su vez, la mifepristona llegó al Ministerio de Salud nacional a través de una donación de United Nations Population Fund (UNFPA) en el año 2021, luego de la sanción de la ley de interrupción voluntaria del embarazo.

Por otro lado, en los últimos años se han conformado organizaciones, redes de mujeres, de profesionales de la salud que militan y garantizan el acceso a este derecho en el sistema sanitario. En esta misma dirección aparece la incorporación, en el primer nivel de atención, de cientos de médicas y médicos generalistas, especialidad médica que contempla fuertemente en su programa de formación el cumplimiento de derechos.<sup>3</sup> A partir de estas incorporaciones se observó una expansión sostenida de las respuestas a solicitudes de ANP/ILE y un involucramiento mayor de muchos de otros profesionales integrantes de los equipos sanitarios. La organización científica que agrupa a este personal médico, la FAMG, ha ocupado un rol de vanguardia en este proceso impulsando, desde 2005, que los temas relativos al aborto formen parte de sus capacitaciones, congresos anuales, debates y publicaciones.<sup>4</sup>

## LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA GENERAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA Y SU ROL EN EL ACCESO AL ABORTO

La medicina general forma parte del listado de especialidades médicas validadas por el Ministerio de Salud de la Argentina y por las autoridades sanitarias jurisdiccionales. Desde el inicio, su campo de trabajo se desarrolló, fundamentalmente, en el primer nivel de atención del subsistema público de salud. Vale la pena recordar que, en Argentina, la respuesta sanitaria se da desde tres subsistemas: el público, el de la seguridad social y el privado. El subsistema público de salud se encuentra valorado y jerarquizado como espacio de formación, y su accesibilidad es universal y gratuita. Esa es una característica muy distintiva del sector público de salud en Argentina.

---

<sup>3</sup> En 2016 se concursaron alrededor de doscientos cargos de medicina general y familiar para cuarenta centros de atención primaria en la ciudad de Buenos Aires.

<sup>4</sup> <http://www.famg.org.ar/index.php/ssyr>

El surgimiento de la especialidad de medicina general, familiar y comunitaria estuvo ligada a los cambios político-sociales producidos en Argentina a partir de la recuperación de la democracia en 1983. En ese período se generaron, entre otras cosas, movimientos populares amplios que incorporaron los problemas de salud como uno de los temas de debate sociosanitario. En ese marco surge con ímpetu la elección de la medicina general, familiar y comunitaria como especialidad para muchos nuevos médicos y médicas entusiasmados con esos cambios sociales. Ya en 1984 se contaba con medio centenar de residencias de formación en la especialidad, dependientes de la Dirección Nacional de Recursos Humanos. Ese crecimiento estuvo ligado a la garantía del derecho a la salud y a la atención primaria de la salud como estrategia basada en la participación social y la lucha por más derechos. Es por ello que se imprimió, desde los currículos de formación profesional, un perfil particular en la formación de quienes se incorporaron a esta especialidad con el objetivo de fortalecer, particularmente, el primer nivel de atención del subsistema público de salud. Esos mismos jóvenes profesionales fueron construyendo, en los años siguientes, las primeras formas organizativas de lo que más adelante fue (y es) la FAMG. Una sociedad de trabajadores de equipos de salud, fundamentalmente del primer nivel de atención, autónoma de las organizaciones del Estado, que pueda velar por la producción científica y académica, y los derechos gremiales de sus integrantes, con la misión de bregar por políticas de salud que garanticen derechos para las amplias mayorías. Todo ello manteniéndose siempre autónoma de los intereses de la industria farmacéutica y de quienes lucran con la salud.

Desde esta perspectiva, se desarrollaron contenidos y capacitaciones ligados al quehacer clínico asistencial y respuestas integrales ante situaciones sociales que requirieron participación directa. Tal es el caso del accionar de la Federación ante desastres naturales, como la gran inundación en Santa Fe de 2003, o la activa participación en las luchas por la despenalización del aborto en los últimos veinte años. Esa impronta ha calado hondo en cada uno de los profesionales de la medicina general.

Esto es quizás un diferencial importante acerca del rol que la medicina general como especialidad médica y la FAMG como entidad organizativa han jugado en el campo de la lucha por la salud y los derechos.

Asimismo, el trabajo en relación con temáticas de género y derechos sexuales y reproductivos forma parte del perfil formativo de las y los médicos generalistas. La disposición a pensar en la salud de manera integral y determinada por factores sociales, entre los que el género ocupa un papel importante, y la acción militante que un grupo importante de profesionales llevaron a cabo en la FAMG desde sus orígenes, delinearon las características



del perfil profesional específico que tiñó a la especialidad con una mística particular, como se expresa en la formulación del grupo de trabajo de Salud Sexual de la FAMG.<sup>5</sup>

## APRENDER DE OTROS. EL MODELO URUGUAYO

Un hecho de gran importancia ha sido la difusión de otras experiencias y respuestas programáticas. Es justamente a partir del trabajo del equipo de Iniciativas Sanitarias de Uruguay que se desarrollaron y difundieron, entre los equipos sanitarios de Argentina, muchas publicaciones científicas que daban cuenta del novedoso y exitoso modelo sobre reducción de daños que se desarrollaba en el sistema público en Montevideo (Briozzo, 2002; López Gómez, 2016). Gracias al estímulo y apoyo de algunas agencias de cooperación internacional (la Organización Panamericana de la Salud y UNFPA) y de diversas organizaciones de la sociedad civil y organizaciones no gubernamentales (International Planned Parenthood Federation, Ipas, Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro, entre otras) muchos profesionales y autoridades sanitarias de nuestro país pudieron conocer, debatir esas experiencias y acceder a capacitaciones específicas.

La implementación de la estrategia de reducción de riesgos y daños en la atención pre y postaborto inauguró un espacio de oportunidades para vincular a las mujeres en situación de embarazos no intencionales con las y los médicos generalistas y los equipos sanitarios. Para que esto sucediese ha sido imprescindible la confluencia e incidencia de organizaciones sociales, políticas y académicas vinculadas al feminismo con la FAMG y con los equipos sanitarios y sus prácticas concretas. En este punto no podemos dejar de mencionar la importancia que ha tenido la influencia de organizaciones tales como la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS), la Fundación por la Salud de Adolescentes (FUSA), Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto (LyF) y, por supuesto, muchas otras organizaciones integrantes de la campaña nacional por el derecho al aborto legal seguro y gratuito.

La estrategia de “Reducción de riesgos y daños” (RryD) partió de ubicar al aborto inseguro como un problema de salud pública y tuvo como finalidad prevenir el aborto en condiciones de riesgo y reducir sus potenciales daños, producto de la clandestinidad de la práctica. Se trataba de, en el espacio de la consulta, desalentar las maniobras riesgosas

---

<sup>5</sup> <http://www.famg.org.ar/index.php/ssyr>

e informar sobre los métodos más seguros de interrupción del embarazo, asegurando la atención postaborto. Constituyó una de las primeras respuestas frente al problema del aborto inseguro y la mortalidad materna por complicaciones de abortos provocados en condiciones de riesgo, mediante la intervención profesional antes y después del aborto, en espacios que se conocieron como consejerías. Esta estrategia ha sido posible gracias al conocimiento y la popularización del uso abortivo del misoprostol y la disponibilidad de este fármaco en nuestro país, que transformó las condiciones de seguridad de las prácticas de aborto.

Las consejerías pre y postaborto se respaldaron, en particular, en el deber de confidencialidad de los profesionales de la salud, en el principio de autonomía de las pacientes y en el derecho que las asiste a recibir información confiable con respecto a su salud. Este es el marco legal en el que los profesionales de la salud han encuadrado la implementación de las consejerías pre y postaborto (Fernández Vázquez, 2017).

En los efectores del primer nivel de atención, donde desarrollan sus tareas las y los médicos generalistas, esta estrategia de RryD se fue difundiendo rápidamente por las propias características de la constitución de los equipos y la cercanía a las pacientes y sus realidades cotidianas.

Estos profesionales y equipos han sido artífices de cambios importantes en las modalidades de atención en sus lugares de trabajo, en particular han obtenido muy buenos resultados en cuanto a la accesibilidad de las personas y han sido fundamentales en la ampliación de la respuesta a otros efectores.

## LAS Y LOS MÉDICOS GENERALISTAS Y LOS EQUIPOS SANITARIOS

Otro hecho que fue mencionado y que marcó un cambio sustancial en la respuesta, en particular en los centros de atención primaria, fue la incorporación al sistema de cientos de especialistas en medicina general, lo que permitió un cambio radical de los patrones de acceso al ANP/ILE.

Como las demás especialidades médicas reconocidas, cuenta desde hace décadas con varias sedes de formación dentro del sistema de residencias médicas en todo el país. Las y los médicos generalistas, por su formación centrada en la estrategia de atención primaria de la salud, son un recurso privilegiado para el trabajo en el primer nivel de atención. Es en este espacio donde cobra sentido pleno el accionar de esta especialidad médica,

caracterizada principalmente por un fuerte componente comunitario y preventivo, una visión integral de los sujetos, sus problemáticas y sus derechos, y una sólida formación clínica y en temas de bioética, planificación, gestión y organización sanitaria, tal como se desarrolla en los lineamientos programáticos para la formación de residentes de medicina general publicados en el año 2010 por el Ministerio de Salud de la Nación (MSN, 2010).

En aquellas jurisdicciones en las que se avanzó en la integración de estos profesionales en los equipos básicos de salud, en poco tiempo, la casi totalidad de los centros de salud empezaron a dar acceso a la atención las mujeres en situación de aborto.

En este camino ha sido crucial el rol jugado por la FAMG como entidad científico- académica que agrupa a las y los médicos generalistas:

La FAMG ha producido un aporte estratégico tanto al campo de la salud sexual y reproductiva (SSR) como hacia el núcleo de trabajadorxs del primer nivel de atención (PNA) y a la “identidad generalista”, siendo parte de los movimientos que lograron la aprobación de leyes fundamentales en este campo [...]. Aportando a la conformación y capacitación de los equipos de salud que las han efectivizado. Esto se debe a que nuestra Federación considera esta temática como un aspecto fundamental en la lucha por el derecho a la salud, ya que se encuentra profundamente atravesada por las desigualdades asociadas a las categorías género, clase y raza. Desde esta concepción, la FAMG ha promovido y desarrollado desde sus inicios espacios de reflexión, debate y formación respecto a las prácticas de salud sexual y reproductiva en los ámbitos académicos e institucionales del sector salud, así como también acciones de abogacía en los espacios político-institucionales que tienen poder de decisión en la generación de políticas públicas. (Mazur *et al.*, 2023, p. 9)

Desde el año 2005 el tema del aborto y el ANP/ILE forman parte importante de los congresos nacionales anuales de la FAMG y de los programas de formación en medicina general (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Salud, 2023; Mazur *et al.*, 2023).

Esos espacios de ponencias, mesas de debate y talleres desarrollados en los congresos, dirigidos al desarrollo de destrezas técnicas para el trabajo con el ANP/ILE han sido (y siguen siendo) multitudinarios. Desde hace décadas se evidencia una enorme avidez de los residentes y las y los médicos generalistas en estos temas, quienes rápidamente pasaron a incorporarse a las redes de profesionales que dan acceso al ANP/ILE.

En este recorrido de capacitación y acción se fueron articulando diferentes alianzas de trabajo, formación, incidencia política e investigación con otras instituciones. Fruto de estas alianzas, llevadas adelante con organizaciones tales como Médicos del Mundo, LyF, REDAAS, FUSA, Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro e Ipas, entre otras, se generaron una importante cantidad de materiales gráficos y guías de procedimientos que tuvieron amplia difusión, en particular, entre personal médico.

## LAS REDES

En ese camino, las y los médicos generalistas y sus asociaciones fueron profundizando sus vínculos con muchas de aquellas organizaciones que ya venían trabajando en el acompañamiento de mujeres en situación de aborto. También con instituciones académicas reconocidas que han realizado grandes aportes. Simultáneamente, han formado parte activa de espacios abiertos de encuentro y debate, tales como los Encuentros Nacionales de Mujeres que se realizan anualmente desde 1986<sup>6</sup> y a los que concurren decenas de miles de mujeres de todos los sectores sociales a debatir de manera horizontal y democrática sobre sus necesidades y problemáticas (AGMER, 2023).

Sin ninguna duda, los debates en relación con la legalización del aborto que tomaron estado público, en particular a partir de 2018, instalaron el tema no solo en las agendas públicas y políticas, sino también en las escenas laborales y sociales cotidianas.

Pero este camino no se inició con el debate parlamentario de 2018. En Argentina hay una larga trayectoria de luchas por la despenalización y legalización del aborto, hay una rica producción académica en estos temas (en particular de las ciencias sociales) y una consolidada corriente de organizaciones feministas y de mujeres. En ese contexto fue clave la conformación, a fines del año 2014, de la Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir. Se trata de un espacio interdisciplinario que incluye a médicas y médicos generalistas, especialistas de tocoginecología, personal de trabajo social y psicología, entre otros profesionistas. Para 2017, la Red ya contaba con alrededor de seiscientos profesionales. Su objetivo central ha sido garantizar el acceso a abortos no punibles a través de profesionales que realizan la interrupción legal del embarazo en instituciones de salud de todo el país. Esto significa que los integrantes de la Red se visibilizan como prestadores y prestadoras

---

<sup>6</sup> <https://agmer.org.ar/index/wp-content/uploads/2023/11/36encuentro.pdf>

del servicio de interrupción legal del embarazo en las instituciones donde trabajan (Drovetta, 2018).

El antecedente y la convocatoria a la conformación de esa Red de profesionales de la salud fueron establecidos por los grupos feministas de acompañamiento La Revuelta y Socorristas en Red, quienes construyeron la articulación con trabajadores del sector de la salud en diversos escenarios nacionales. En este contexto, y en particular en los últimos quince años, muchas médicas y médicos participaron en diferentes instancias de capacitación y conformación de organizaciones de profesionales ligadas a la atención y seguimiento de mujeres en situación de aborto. En este punto, también vale la pena mencionar, como antecedente, la importancia que ha tenido la creación de la línea telefónica “Mas abortos, menos riesgos” de la organización LyF. Dicha línea permitió que gran cantidad de mujeres accedieran a información validada para realizar abortos medicamentosos autogestionados y acompañados.

La creación de la Red contra el Aborto Inseguro (RedCAI), un entramado que congregaba a médicos generalistas y activistas con el propósito de articular el acceso protegido al sistema de salud de aquellas personas que consultaban a la línea telefónica, constituyó un contexto de alianza que permitió desarrollar estrategias de capacitación de equipos en el acompañamiento de abortos con medicamentos en el primer nivel de atención, se confeccionó un primer modelo de historia clínica donde registrar estas prácticas, y se avanzó en el estudio y sistematización de las prestaciones realizadas. Este accionar posibilitó no solo avanzar en un modelo de trabajo conjunto entre diferentes organizaciones, sino también abrió la posibilidad de darle institucionalidad a la respuesta, incorporando una historia clínica específica que permitió visibilizar e instalar el tema del aborto en los servicios de salud.

Pero por sobre todas las cosas vale remarcar que lo que se construyó fue un modelo compartido de cuidados entre las organizaciones comunitarias de acompañantes, articulando con los servicios de salud cuando era necesario. Un modelo de alianza y colaboración en pro de la garantía de derechos, en lugar de competencia o contraposición. Numerosos ejemplos e historias nutren ese recorrido que permitió a las mujeres y personas con capacidad de gestar atravesar el proceso del aborto de manera cuidada y segura.

También sirvió para compartir entre los equipos de salud y las organizaciones de acompañantes saberes, miradas y prácticas que nutrieron los conocimientos construidos: abrir la puerta a la incidencia del feminismo en el campo de la medicina.

El 2018 fue el año en el que se trató por primera vez en el Congreso Nacional la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Una gran cantidad de médicas y médicos genera-

listas han sido expositores en dicho debate, con argumentos a favor de la aprobación de la ley (FUSA, 2018; REDAAS, 2018). En ese momento, el proyecto obtuvo media sanción de la Cámara de Diputados, pero no superó la votación en la Cámara de Senadores. Sin embargo, la discusión de la ley generó una apertura favorable para el ejercicio del derecho tanto en los equipos de salud como en la población, y eso se reflejó en el aumento permanente de las situaciones asistidas aun antes de la aprobación de la ley de IVE en diciembre de 2020.

## EL CASO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Desde hace más de tres décadas, el sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires implementa políticas y programas del campo de la salud sexual orientados a garantizar el acceso y los recursos destinados a lograr el mayor grado de disfrute y seguridad. Desde su implementación hasta la actualidad, la política pública en este campo ha acompañado los cambios evolutivos de los avances científicos y las ampliaciones de los marcos normativos y legislativos. Estos avances se reflejan, por ejemplo, en la ampliación de prácticas por parte de los equipos sanitarios (contracepción quirúrgica, expansión de los programas de testeo para VIH y sífilis, atención para la hormonización de personas trans, entre otros) y en el aumento de la diversidad de insumos para responder a demandas específicas (implantes anticonceptivos, anticoncepción de emergencia, insumos para abortos con medicamentos).

El programa central —la Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS (CSSVIHITS)— es desde donde se diseña, acompaña y monitorea la ejecución de las políticas específicas del área. Desde este equipo del nivel central del Ministerio de Salud de la ciudad se garantiza la provisión de los insumos requeridos por los equipos, se realiza un seguimiento cercano tendiente a recabar información sobre obstáculos en el acceso a las prestaciones; se generan espacios de capacitación, intercambio y discusión; y se analizan, sistematizan y publican los datos producidos en el sistema (CSSVIHITS, 2022). El trabajo de la CSSVIHITS y sus publicaciones han sido una fuente privilegiada de información y análisis que utilizamos en esta publicación.

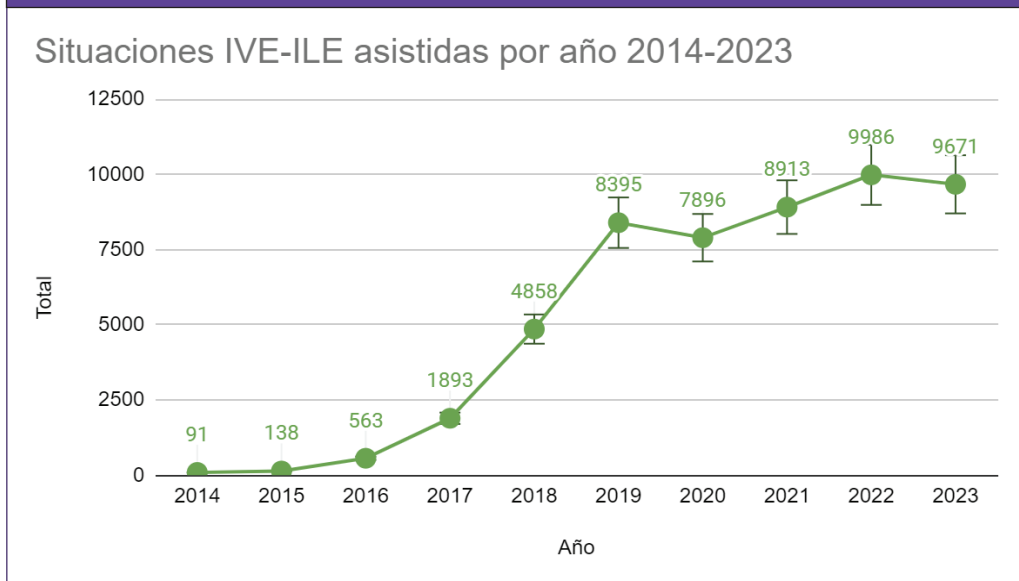
Parte fundamental de la tarea de este equipo central es acompañar a profesionales de cada establecimiento en la resolución de situaciones complejas para el acceso, asesorar sobre las prácticas, articular entre efectores de distintos niveles de complejidad y resolución, articular con otras jurisdicciones y también alojar los reclamos o solicitudes de las usuarias

y la comunidad, y dar respuesta para garantizar el acceso de calidad en plazos adecuados.

Las personas solicitan el acceso al aborto en los servicios de salud, pero también a través de líneas telefónicas, página web y correo electrónico. Pueden acceder también mediante un sistema nacional que es la línea 0800 de salud sexual, que recibe las solicitudes de personas de todas partes del país y las dirige a los equipos centrales de las jurisdicciones correspondientes para que gestionen el acceso efectivo.

En relación con la cantidad de situaciones asistidas en la ciudad de Buenos Aires podemos evidenciar el enorme crecimiento que se ha dado en los últimos diez años. Así, vemos que en el año 2014 se dio respuesta, en el subsistema público de salud de la ciudad, a 91 mujeres que solicitaron la interrupción del embarazo. En ese momento solo un centro de atención primaria (Centro de Salud y Acción Comunitaria, CeSAC) participaba de manera formal de la respuesta con la provisión de misoprostol. A partir de 2016 se fueron incorporando, año tras año, muchos CeSAC hasta llegar a tener garantizado el acceso a la ILE en el 100 % de los centros de atención primaria (Figura 1).

Figura 1. Cantidad total de interrupciones de embarazo asistidas en la ciudad de Buenos Aires entre los años 2014 y 2023

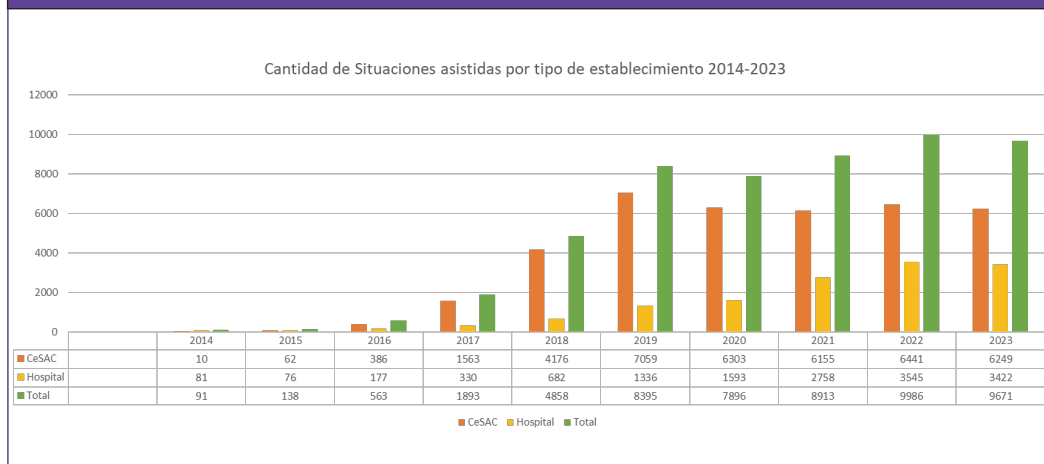


Fuente: información relevada por la Coordinación Salud Sexual, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) del Ministerio de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ese esfuerzo se llevó a cabo acompañando con capacitaciones que pudieran poner en el centro las discusiones acerca de la obligación de garantizar el derecho al aborto por parte de los equipos de salud, limitando los usos (y abusos) que se realizaban en el ejercicio de la objeción de conciencia. Dichas capacitaciones contaban con contenidos vinculados a debates sobre principios éticos en el acceso al aborto, derechos sexuales y reproductivos, así como también componentes técnicos de cómo realizar los procedimientos según la mejor evidencia disponible.

El impacto del debate en el Congreso nacional y en las calles, sumado a lo impulsado desde el programa central del Ministerio de Salud de la ciudad y el rol de las y los médicos generalistas, contribuyeron a un sostenido aumento en las cifras de acceso al aborto en esos años. Como se podrá ver en la Figura 2, se pasó de 91 situaciones en el año 2014 a 8395 en 2019. A partir de 2020, la cantidad de situaciones asistidas se estabilizó en valores de poco menos de 10000 casos por año, números que se mantuvieron aun durante la pandemia de COVID-19. Eso ha sido producto del compromiso que los equipos de salud mantuvieron para garantizar el acceso a la atención de IVE-ILE, aun en condiciones tan complejas como las que hubo en nuestro país con un periodo muy largo de aislamiento social preventivo obligatorio.

**Figura 2. Cantidad de interrupciones de embarazo asistidas en la ciudad de Buenos Aires por tipo de establecimiento entre los años 2014 y 2023**



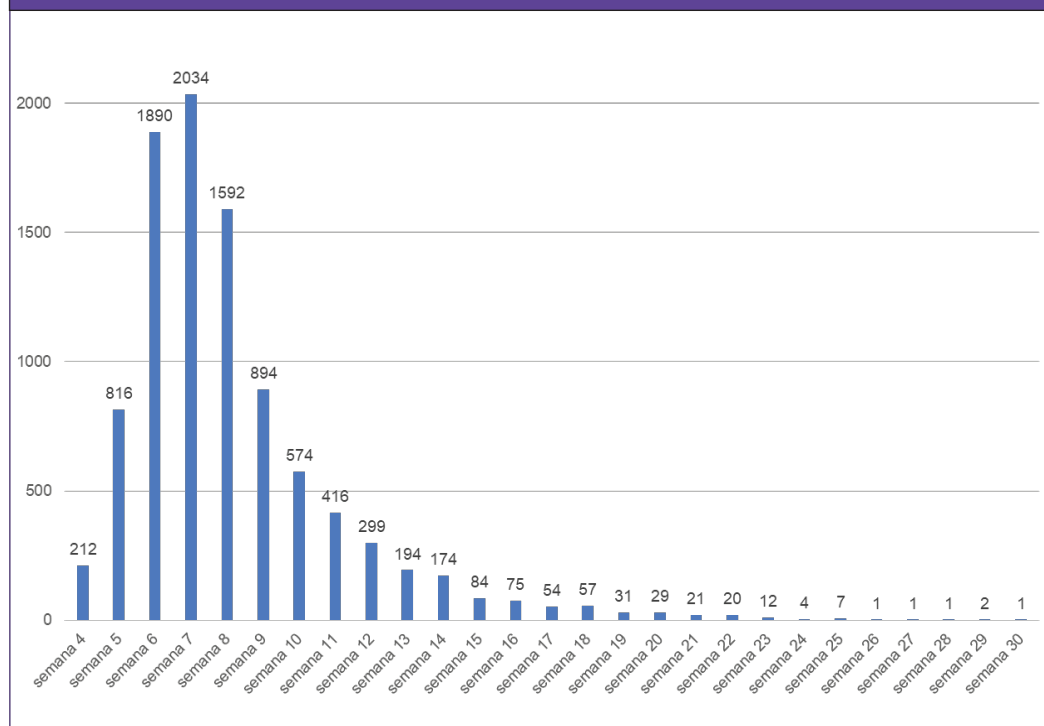
**Fuente:** información relevada por la Coordinación Salud Sexual, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) del Ministerio de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



En ese periodo cobró aun mayor importancia la articulación con redes de socorristas que recibían consultas o acompañaban situaciones de personas que no podían salir de sus casas y tampoco podían acercarse al sistema de salud. El compartir las situaciones y pensar de manera conjunta estrategias para aportar cuidados fue clave para seguir garantizando derechos durante ese período tan difícil.

Otro dato destacable es la edad gestacional que cursan las mujeres al solicitar el acceso a los servicios de aborto. Encontramos que la enorme mayoría, casi un 90%, consultó en el primer trimestre del embarazo. De esta forma, se facilitó la posibilidad de una pronta resolución ambulatoria. Como podemos ver en la Figura 3, la gran mayoría de las situaciones de acceso a IVE-ILE han sido resueltas con el uso de misoprostol, solo o combinado

**Figura 3. Cantidad de casos según edad gestacional al momento de la solicitud de acceso a la interrupción de embarazo. Año 2023**



**Fuente:** información relevada por la Coordinación Salud Sexual, VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) del Ministerio de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

con mifepristona, de manera ambulatoria en edades gestacionales tempranas (antes de las trece semanas de gestación).

El 95 % fueron encuadradas dentro de la IVE, ya que llegaron antes de las quince semanas de embarazo. Esos indicadores dan cuenta de que el acceso ha sido garantizado y que han sido pocas las barreras con las que se enfocaron las usuarias al momento de solicitar un aborto.

Como se ha podido observar, el devenir de la respuesta a las demandas de acceso a la IVE- ILE tuvo un desarrollo importante expresado, en particular, en la cantidad de hospitales y centros de atención primaria que se fueron incorporando a la respuesta a IVE-ILE y en el número de situaciones asistidas en cada año. Y esto sucedió, tal como lo expresan los datos compartidos, aun antes de la legalización del aborto en Argentina.

Aquí se plantea la hipótesis de que estas acciones han sido parte de un proceso de construcción *desde abajo* de la política pública en relación con la organización hospitalaria que, como hemos visto, readecuó sus ofertas para dar acceso a las demandas de ILE.

En este sentido, el concepto de *políticas difusas* presentado por Fernández Vázquez (2018) permite analizar las acciones de las y los médicos que implementan consejerías pre y postaborto y las ILE, no como prácticas aisladas, sino como políticas públicas, aun ante la inexistencia de una planificación o normativa que los obligue a desarrollar esta estrategia. El concepto hace referencia a la existencia de acciones por parte del Estado encaminadas a reducir la morbimortalidad por causa de abortos inseguros. Sin embargo, estas acciones no se producen de un modo planificado, sino que son fruto de la iniciativa de los profesionales de la salud que actúan como identificadores del problema, formuladores e implementadores de la política (Fernández Vázquez, 2018).

Así, este concepto de *políticas difusas* pone el acento en el rol de las y los trabajadores estatales en la construcción de políticas públicas que emanan desde abajo y que contribuyen a imprimir una determinada direccionalidad en esa materia, aun cuando, desde la élite política, no haya surgido una planificación o regulación precisa al respecto.

Y este concepto podría ser una explicación que da cuenta del proceso llevado a cabo en Argentina y de la importancia que han tenido en estos tiempos las y los médicos generalistas y demás integrantes de equipos sanitarios, y de la necesaria articulación de estos con las organizaciones del movimiento feminista.

## CONCLUYENDO Y PARA CONSIDERAR

- Si bien cada país tiene su recorrido particular tanto en relación con el marco político-social que acompaña o no el acceso al aborto legal y seguro, como a su correspondiente marco jurídico, es de notar que el trabajo particular sobre los colectivos de profesionales de la salud puede modificar la respuesta necesaria para garantizar el acceso a la atención en los distintos contextos.
- El pensar la práctica de atención para el aborto seguro en los distintos niveles de atención puede ser una herramienta fundamental para permitir la participación en ese proceso de acompañamiento de profesionales con más sensibilización respecto de los derechos de las personas, muchas veces ubicados en el primer nivel de atención.
- Incluir en el abordaje otras profesiones médicas que no sean exclusivamente la ginecología puede ayudar a limitar el accionar corporativo de algunas sociedades científicas que ponen en riesgo la garantía de derechos.
- Entendemos que el trabajo en equipos ampliados interdisciplinarios, tal como la OMS plantea como estrategia en sus recomendaciones de tareas compartidas, multiplica las posibilidades de acceso y permite una mirada integral sobre cada situación, mejorando la calidad de la atención.

Finalmente, en este trabajo hemos intentado mostrar algunos de los desafíos planteados para continuar reflexionando, mostrando una clara intencionalidad de fomentar la interacción entre el análisis crítico, la formación médica y la toma de decisiones.

## BIBLIOGRAFÍA

- AGMER. (2023). *36° Encuentro plurinacional de mujeres y disidencias*. Disponible en: <https://agmer.org.ar/index/wp-content/uploads/2023/11/36encuentro.pdf>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Bergallo, P. (2016). La lucha contra las normas informales que regulaban el aborto en Argentina. En R. J. Cook, J. N. Erdman, y B. N. Dickens (Eds.). *El aborto en el derecho transnacional. Casos y controversias* (pp.187-216). Fondo de Cultura Económica.
- Boletín oficial de la República Argentina (2021). *Acceso a la interrupción voluntaria del em-*

- barazo. Ley 27610. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Briozzo, L. (2002). Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos. Sindicato Médico de Uruguay . Disponible en: [clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/298/Norma%20sanitaria\\_aborto\\_inseguro%20Uruguay.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/298/Norma%20sanitaria_aborto_inseguro%20Uruguay.pdf?sequence=5&isAllowed=y). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- CSJN. (2012). F. A. L. s/ Medida autosatisfactiva. Disponible en: [sajj.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf](http://sajj.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- CSSVIHITS (Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS). (2022). *Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta. Actualización 2022*. Disponible en: [buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-09/Situación%20y%20respuesta%20-%20Actualización%202022\\_0.pdf](http://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-09/Situación%20y%20respuesta%20-%20Actualización%202022_0.pdf). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Drovetta, R. I. (2018). Profesionales de la salud y el estigma del aborto en Argentina. El caso de la “Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir”. *Salud problema* 12(24), 13-35. Disponible en: [ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/98264/CONICET\\_Digital\\_Nro.cd-30f4db-337e-4753-b7bc-305a446cf1c9\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/98264/CONICET_Digital_Nro.cd-30f4db-337e-4753-b7bc-305a446cf1c9_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Fernández Vázquez, S. S. (2017). Políticas públicas difusas: la implementación de las consejerías pre y post aborto en Argentina. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas* 16(1), 87-98. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/380/38051452004.pdf>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Fernández Vázquez, S. S. (2018). Políticas públicas de aborto en transición: de las consejerías pre y post aborto a las interrupciones legales del embarazo en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Revista de Bioética y Derecho* 43, 145-160. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n43/1886-5887-bioetica-43-00145.pdf>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- FUSA. (2018). Especialistas debatieron el derecho al aborto con aportes académicos y científicos. Disponible en: <https://grupofusa.org/especialistas-debatieron-el-derecho-al-aborto-con-aportes-academicos-y-cientificos/>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Salud. (2023). *Programa docente general de la residencia de medicina general y/o medicina de familia*. Disponible en: <https://ames.ar/wp-content/uploads/2024/02/17.-Programa-residencia-MGyF-2023-Res.nro1747-23-1.pdf>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.

- López Gómez, A. (2016). Profesionales de la salud y aborto: transiciones y disputas en Uruguay (2000-2012). *Athenea Digital* 16(1), 337-364. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1697>
- M. E. (2008). Ana María Acevedo: La suma de todos los fundamentalismos. Artemisa Noticias. Disponible en: [feim.org.ar/pdf/Noticias/14052008-ArtemisaNoticias\\_Ana\\_M\\_Acevedo\\_la\\_suma\\_de\\_todos\\_los\\_fundamentalismos.pdf](http://feim.org.ar/pdf/Noticias/14052008-ArtemisaNoticias_Ana_M_Acevedo_la_suma_de_todos_los_fundamentalismos.pdf). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Mazur, V., Donnet, M. I., Mattar Domínguez, M. A., Boidi, G. R., Boggiano, H., y Galende Villavicencio, P. (2023). *Trayectoria de la Federación Argentina de Medicina General en la lucha por los derechos de salud sexual y reproductiva en la Argentina*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4742>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- MSN (Ministerio de Salud de la Nación). (2007). Resolución 304/2007 del Ministerio de Salud. Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/ar-b/resolucion/2007/304/211237>). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- MSN (Ministerio de Salud de la Nación). (2010). *Marco de Referencia para la formación en Residencias Médicas 2010. Especialidad Medicina General y/o Familiar*. Disponible en: <https://ames.ar/wp-content/uploads/2024/02/Marco-de-referencia-RMG-FAMG.pdf>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- MSN (Ministerio de Salud de la Nación). (2021). *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4073>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- MSN (Ministerio de Salud de la Nación). (2022). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (IVE/ILE). Actualización 2022*. Disponible en: [redaas.org.ar/wp-content/uploads/1.-Protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-IVE-ILE.-Actualizacion-2022.-Res.-1063\\_2023.pdf](https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/1.-Protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-IVE-ILE.-Actualizacion-2022.-Res.-1063_2023.pdf). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- REDAAS. (2018, 24 de mayo). Exposición de Viviana Mazur en Diputados [video]. YouTube. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=XYPeKY-9Jgg>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.

## 7. "¡Qué bonito sería, si fuera así!". Sinergias entre médicas pro derecho a decidir y acompañantes de abortos autónomos en México

SUZANNE VELDHUIS, GEORGINA SÁNCHEZ RAMÍREZ,  
MARIBEL CAMPOS MUÑUZURI, BLAIR G. DARNEY

### RESUMEN

La colaboración en temas de salud es necesaria ya que se requiere la conjunción de fuerzas, sectores y recursos para lograr objetivos como el acceso a abortos seguros. La sinergia es un rasgo deseado de la colaboración, porque su existencia potencia la efectividad y el impacto de alianzas. En este estudio exploramos la posibilidad de colaboraciones sinérgicas entre médicas pro derecho a decidir y acompañantes de abortos autónomos en México.

Esta investigación cualitativa parte de la epistemología feminista. Los datos surgen de tres talleres con un enfoque de salud y género, realizados en Chiapas, Baja California y la Ciudad de México, que buscaron fomentar la empatía y la reflexión sobre interacciones, colaboraciones y sinergia entre médicas y acompañantes.

Participaron doce médicas y trece acompañantes. Identificamos un interés en la construcción de alianzas e ideas concretas sobre colaboraciones sinérgicas relacionadas con la atención y el acompañamiento. A partir del reconocimiento de las violencias que las participantes enfrentan por ser mujeres surgió un interés por el cuidado mutuo. Consideraron el combatir prejuicios y el reconocimiento mutuo como tareas necesarias para construir colaboraciones, mientras la asimetría de poder entre médicas y acompañantes es una barrera para la sinergia. Los talleres tuvieron un efecto de sensibilización que podría fomentar alianzas posteriores.

Es importante crear espacios de encuentro e intercambio para acercar a estas protagonistas de diferentes mundos, ya que la colaboración entre médicas pro derecho a decidir y acompañantes de abortos autónomos tiene el potencial de ser sinérgica y, por lo tanto, de facilitar el acceso a abortos seguros.

**Palabras clave:** aborto seguro, calidad de atención, colaboración, cuidado, sinergia.

## INTRODUCCIÓN

Desde hace cuatro décadas, la colaboración en temas de sanidad ha sido de interés para gobiernos y órganos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), pues se considera que la mayoría de los objetivos relacionados con la salud no pueden ser logrados unilateralmente por una persona, organización o sector, y que es necesaria la conjunción de fuerzas, sectores y recursos para alcanzarlos (Lasker *et al.*, 2001; OPS, 2007; Loban *et al.*, 2021).

En la lucha por el acceso al aborto seguro<sup>1</sup> existen un sinfín de actores. Históricamente, el personal médico ha tenido un papel indispensable como proveedor de servicios, funcionando principalmente como *gatekeeper*, un guardián que permite o no que las mujeres y otras personas con posibilidad de gestar ejerzan control sobre sus cuerpos. Este panorama cambió paulatinamente con la introducción del aborto con medicamentos en los años ochenta —desde que mujeres brasileñas descubrieron el misoprostol como método efectivo y seguro para abortar fuera de contextos clínicos—, hasta el reconocimiento y recomendación de la autogestión de mifepristona y/o misoprostol por parte de la OMS en el 2022:

Se recomienda la opción de autogestión del proceso de aborto médico [...]. Todas las personas que se autogestionen el aborto médico deben tener también acceso a información precisa, a medicamentos de calidad garantizada, incluso para el tratamiento del dolor, al apoyo de personal sanitario capacitado y al acceso a un establecimiento sanitario y a servicios de derivación si lo necesitan o lo desean. (OMS, 2022, p. 16).

La existencia del aborto autónomo —es decir, la autogestión del aborto con medicamentos fuera de contextos clínicos sin involucramiento de un proveedor o proveedora de servicios de salud (Veldhuis *et al.*, 2022a)—, utilizado de distintas maneras en algunos países, permite replantear el papel de la medicina frente al aborto inducido. Sin embar-

---

<sup>1</sup> Con aborto seguro nos referimos a la interrupción del embarazo con un método recomendado por la OMS, adecuado a la edad gestacional, realizado por personas con las capacidades necesarias (OMS, 2022).

go, la presencia de personal médico capacitado y sensibilizado sigue siendo indispensable para garantizar el acceso a servicios de aborto en contextos clínicos, por ejemplo, cuando la persona prefiere acudir a un servicio clínico, en casos de edad gestacional más avanzada, en casos con comorbilidades específicas que requieren la intervención médica, y sobre todo para el tratamiento de complicaciones. Por lo tanto, el papel del personal médico como proveedor o proveedora principal se podría convertir en un recurso disponible para cuando sea requerido o deseado (OMS, 2022).

A la par, las acompañantes han surgido como una de las figuras centrales en materia de aborto, específicamente en el movimiento latinoamericano, aunque no limitado a este. Las acompañantes son activistas (feministas) que acompañan abortos autogestionados fuera de contextos clínicos o que facilitan el acceso a abortos seguros en contextos altamente vulnerables, pobres, criminalizados o estigmatizados, pues han creado modelos de acompañamiento holísticos que podrían servir como ejemplo para servicios clínicos en cuanto a calidez y calidad en la atención (Baum *et al.*, 2020; Larrea *et al.*, 2021; Veldhuis *et al.*, 2022b).

Contamos entonces con la presencia y relevancia de estas dos figuras disímiles que aportan al acceso a abortos seguros: médicas profesionales brindando servicios de aborto, que forman parte del sistema de salud y que emplean un modelo de atención sanitaria, y las acompañantes de abortos autónomos, quienes forman parte de un movimiento autónomo de salud y representan un modelo militante feminista (Fernández Vázquez y Szwarc, 2018; Braine, 2020). Varias autoras utilizan el concepto de “sinergia” para describir (posibles) alianzas, colaboraciones o interacciones entre el sistema de salud y el movimiento activista de acompañantes de abortos autónomos. Las autoras hipotetizan que la sinergia entre estos dos mundos favorecerá el acceso a abortos seguros y de calidad (Fernández Vázquez y Szwarc, 2018; Braine, 2020; Rodríguez Cometta, 2020; Larrea *et al.*, 2021; Yanow *et al.*, 2021). Sin embargo, son escasos los ejemplos de colaboraciones exitosas entre ellas.

El ejemplo más concreto de sinergia viene de Argentina, donde se crearon alianzas entre profesionales de la salud y militantes feministas unidas en las Socorristas en Red (Fernández Vázquez y Szwarc, 2018; Rodríguez Cometta, 2020). El resultado de estas colaboraciones fue facilitar el acceso a abortos seguros y de calidad en un contexto restrictivo, pero también el intercambio de saberes y experiencias que transformaron el pensar y el abordaje del personal de salud aliado, además de la creación de una alianza política, la Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito, que logró la legalización del aborto en 2020. Llegó a existir un *continuum* entre las dos partes, inclusive, en algunas oca-



siones desapareció la distinción entre personal médico y militantes: las y los profesionales de salud se convirtieron en *activistas internos* (McReynolds-Pérez, 2017).

Sin embargo, en otros contextos aún se desconoce cómo lograr interacciones efectivas entre estas posibles aliadas disímiles. En contraste con Argentina, no existe una red nacional de acompañantes en México, sino que hay cientos de colectivas, organizaciones y acompañantes autónomas, en menor o mayor medida articuladas entre sí, cada una con su propio actuar y pensamiento político (Walsh, 2020; Veldhuis *et al.*, 2021; Belfrage, 2023). Aunque el modelo de acompañamiento de las mexicanas comparte características generales (Veldhuis *et al.*, 2022b), no hay un enfoque generalizado en la articulación con el sector salud, como lo existía en Argentina cuando se formaron las Socorristas en Red (Fernández Vázquez y Szwarc, 2018; Veldhuis, 2020).

La gran diversidad de acompañantes en México se expresa también en la existencia de un rango de modelos que van desde la articulación precisa por parte de colectivas u organizaciones específicas en estados que han despenalizado el aborto; las que rechazan la articulación por completo, ya que su apuesta es por el aborto autónomo; y las que están a medio camino y consideran la articulación en casos específicos (Krauss, 2019; Veldhuis, 2020). De igual forma, tampoco existía una articulación entre profesionales de la salud militantes hasta la reciente conformación de la Red de Médicas por el Derecho a Decidir (RMDD) en el 2021, cuya existencia facilitó la investigación actual.

La incidencia en políticas públicas también ha sido un punto importante de convergencia entre activistas y personal médico, como por ejemplo en Estados Unidos antes del caso *Roe vs. Wade*, en la Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito en Argentina, y en la Causa Justa de Colombia (Joffe *et al.*, 2004; Fernández Vázquez y Szwarc, 2018; González Vélez *et al.*, 2023). Sin embargo, el objetivo de este trabajo es explorar la posibilidad de colaboraciones sinérgicas entre médicas pro derecho a decidir y acompañantes autónomas en México, enfocadas en la atención/acompañamiento del aborto seguro.

### CONCEPTUALIZACIÓN DE SINERGIA

En la literatura sobre colaboraciones y sinergias en sistemas de salud se suele utilizar el concepto de *partnerships* (alianzas) para definir cualquier tipo de colaboración que une a personas y organizaciones para mejorar la sanidad, la atención de la salud y el funcionamiento del sistema de salud (Lasker *et al.*, 2001), y *partners* (aliadas) para describir a las personas u organizaciones.

Lasker *et al.* (2001) definen la colaboración como un proceso que permite que las aliadas combinen sus recursos humanos y materiales para cumplir objetivos que no podrían lograr solas. Estas autoras consideran la sinergia como el producto de una alianza funcional, que a su vez resulta en una mayor efectividad de la alianza: la sinergia es una ganancia en el rendimiento que de alguna forma es atribuible a una interacción grupal. La sinergia es más que el intercambio de recursos: es una combinación de perspectivas, recursos y habilidades que resulta en la creación en conjunto de algo nuevo y valioso, donde el total es mayor a la suma de las partes.

Según Lasker *et al.* (2001), la sinergia de una alianza se expresa en el pensar, en el accionar y en su relación con la comunidad más amplia. El juntar voces e ideas tiene el potencial de crear un pensamiento comprensivo, más holístico e inclusive transformativo, especialmente cuando se involucran diferentes tipos de conocimientos y perspectivas, como podría ser el caso al juntar a médicas y acompañantes, quienes representan dos mundos disímiles. La sinergia fortalece las acciones de una alianza al juntar aliadas que son similares, pero puede tener un efecto aún más potente cuando se juntan cofrades diversos al permitir no solamente un pensar, sino también un actuar más comprensivo. Paradójicamente, la diversidad también es su mayor reto (Lasker *et al.*, 2001; Manago *et al.*, 2019).

Apoyándonos en lo anterior, distinguimos la simple colaboración de la colaboración sinérgica. Definimos la sinergia como el rasgo de una colaboración que puede estar presente en menor o mayor medida y que combina las fuerzas, perspectivas, valores, recursos y habilidades de las personas u organizaciones involucradas. Es un rasgo deseado, porque la existencia de sinergia potencia la efectividad y el impacto de alianzas, en este caso, en la lucha por el acceso a abortos seguros tanto en el aspecto físico como en el emocional y social.

En esta investigación nos enfocamos en las alianzas entre dos figuras específicas: médicas pro derecho a decidir y acompañantes de abortos autónomos. Entre estas dos posibles aliadas disímiles y diversas, aunque comparten la misma condición de género, existe un desequilibrio de poder, pues las médicas forman parte del sistema de salud y representan el saber y actuar sanitario hegemónico; en contraste, las acompañantes poseen un saber subordinado y sus acciones suelen ser antisistema (Braine, 2020; Fernández Vázquez y Szwarc, 2018; Menéndez, 2005).

## MÉTODOS

Realizamos esta investigación cualitativa a partir de la epistemología feminista, partiendo de la premisa de que las mujeres son creadoras de conocimiento científico, y que la investigación se haya realizado *con, por y para* las mujeres, a diferencia de una investigación *sobre* las mujeres (Castañeda Salgado, 2008). La autora principal, S. Veldhuis, forma parte de los sujetos de la investigación, ya que es médica pro derecho a decidir y activista por el aborto, aunque no forma parte de la muestra del ejercicio. La investigación es militante, surge del conocimiento situado de la autora (Haraway, 1995) y pretende fomentar explícitamente una transformación positiva para las mujeres y las otras personas con posibilidad de gestar a través de la mejora del acceso al aborto seguro para todas las personas.

### RECOLECCIÓN DE DATOS

El trabajo está basado en un estudio previo sobre el modelo de acompañamiento de activistas feministas llevado a cabo en 2018 (Veldhuis, 2020) en tres entidades mexicanas: Chiapas, Baja California (BC) y la Ciudad de México (CDMX), que representan una diversidad amplia en cuanto a legislación de aborto y contexto político y sociocultural.

Los datos presentados en este capítulo surgen de tres talleres realizados en estos estados disímiles, y forman parte de un estudio más amplio sobre sinergias entre médicas pro derecho a decidir y acompañantes, en el cual realizamos una etnografía feminista y recolectamos datos a través de la observación participante y de entrevistas semiestructuradas con todas las participantes, además de los talleres. En las entrevistas indagamos sobre modelos de atención/accompañamiento, conocimiento de y experiencias con interacciones entre médicas y acompañantes, y opiniones sobre el papel de la medicina y de las acompañantes. Consideramos que la aplicación de entrevistas fomentó la reflexión sobre la temática desde antes del taller, y sus resultados serán publicados en otro momento.

La decisión de incluir únicamente médicas pro derecho a decidir surge de la hipótesis de que fomentar colaboraciones sinérgicas es más viable si ocurre con el personal médico cercano al activismo feminista, y que, además, comparte la misma condición de género. Cabe mencionar que la autora principal, S. Veldhuis, es cofundadora de la RMDD y médica aliada de varias acompañantes en la República, lo que permitió realizar un muestreo intencional para llegar a una selección diversa de médicas y acompañantes en cuanto a

edad, preferencia sexual, religión, experiencia relacionada con el aborto, empleo, lugar de trabajo, tipo de acompañamiento, posicionamiento político y experiencia con interacciones previas. Dentro de lo posible, invitamos a las acompañantes que habían participado en la investigación previa realizada por Veldhuis en 2018 (Veldhuis, 2020). Compartimos una explicación de los objetivos de la investigación con las invitadas (diecinueve médicas y diecisiete acompañantes). Todas aceptaron participar y firmaron un consentimiento informado.

Participaron doce médicas y trece acompañantes en los talleres: seis y seis en Chiapas, cuatro y cinco en BC, y dos y dos en la CDMX. La mayoría de las participantes fueron médicas generales y acompañantes de colectivas feministas; también participaron tres ginecólogas y dos acompañantes autónomas.<sup>2</sup> Dos de las médicas no brindaban servicios de aborto al momento de la investigación (Tabla 1). La mayoría de las participantes habían terminado estudios universitarios y se identificaban como mestizas, solamente una de las acompañantes de Chiapas pertenecía a un pueblo originario (Tabla 2). Todas las participantes se identificaron como mujeres. Llama la atención que seis de las trece acompañantes eran psicólogas de formación y varias de ellas habían trabajado en el sector público de Salud, sin embargo, sus saberes en relación con el aborto son considerados subordinados en contraste con el saber médico hegemónico (Fernández Vázquez y Szwarc, 2018). Todas las médicas participantes en Chiapas, una médica de BC y una de la CDMX tuvieron una historia laboral dentro de la sociedad civil y habían trabajado o interactuado con actores no hegemónicos como las parteras tradicionales y promotores y promotoras de salud comunitarios. Únicamente las acompañantes y médicas de BC habían interactuado antes del taller.

Desarrollamos la metodología del taller partiendo de un enfoque de género y salud, para poder visibilizar las desigualdades en temas de salud dependiendo de la condición y situación de género de quienes participan. Entre noviembre de 2022 y marzo de 2023 llevamos a cabo tres talleres en Chiapas, BC y la CDMX. Los talleres fueron grabados con el celular y transcritos manualmente para facilitar su análisis.

---

<sup>2</sup> En México, existen tres tipos generales de acompañantes: las autónomas no pertenecen a ninguna organización dedicada al acompañamiento y realizan estos procesos por sus propios medios e iniciativa; las colectivas son acompañantes que pertenecen a una colectiva feminista que realiza acompañamientos de personas que desean abortar; por último, hay acompañantes que son voluntarias para organizaciones no gubernamentales que se dedican a temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, entre ellos el acceso al aborto seguro (Veldhuis et. al., 2021).

Tabla 1. Participantes médicas pro derecho a decidir, 2023. N = 12

<b>Edad media (rango)</b> Médicas	41 (31–66)
<b>Etnia</b> Mestiza	12
<b>Nivel de estudios</b> Universitaria	12
<b>Tipo de médica</b> General Ginecóloga Proveedora de aborto	9 (75%) 3 (25%) 10 (83%)
<b>Espacio laboral</b> Sector público Encargada SAS Servicios generales, aborto incidentalmente Servicios generales, no provee servicios de aborto Sector privado/ONG Clínica de aborto Consultorio, aborto incidentalmente Consultorio, no provee servicios de aborto Ambos*	7 4 1 2 7 2 4 1 2 (25%)
*Es común que personal médico trabaje en ambos sectores. Dos de las participantes (una ginecóloga y una médica general) trabajaron tanto en el sector público como privado.	

El objetivo de los talleres fue fomentar la empatía y la reflexión sobre interacciones, colaboraciones y sinergia entre médicas pro derecho a decidir y acompañantes de abortos autónomos para fortalecer la lucha por el aborto seguro. El taller no buscaba sensibilizar sobre el aborto: partimos de la premisa de que todas las participantes estaban a favor, con toda la variedad de posicionamientos políticos que esto implica, y que tuvieran interés en involucrarse en la lucha por el aborto seguro. El involucramiento personal en el activismo por el aborto y el posicionamiento de S. Veldhuis a favor de la colaboración fue manifestado explícitamente al inicio de cada taller para fomentar la transparencia y la confianza.

Tabla 2. Participantes acompañantes, 2023. N = 13

<b>Edad media (rango)</b> Acompañantes	36 (27-68)
<b>Etnia</b> Mestiza Indígena	12 1
<b>Nivel de estudios</b> Universitaria	12
<b>Tipo de acompañante</b> Colectiva Autónoma	11 (85 %) 2 (15 %)
<b>Profesiones acompañantes</b> Psicóloga Docente Otro	6 (46 %) 2 (15 %) 5 (38%)

El taller consistió en cinco dinámicas principales (Veldhuis, 2024):

1. Presentación de las participantes para conocerse y compartir su experiencia en relación con el aborto.
2. Ejercicio con rompecabezas para sensibilizar sobre la importancia de colaboraciones conjuntas entre grupos.
3. Trabajo en grupos para explorar las diferencias y coincidencias de sus conceptualizaciones de aborto seguro y calidad en la atención.
4. Actuación de sociodramas para sensibilizar sobre las experiencias de cada una en la atención o el acompañamiento del aborto, las diferencias y las similitudes. Las médicas actuaron un guion basado en la experiencia de una acompañante, las acompañantes actuaron un guion basado en la experiencia de una médica pro derecho a decidir dentro de un hospital. Posteriormente, construyeron colectivamente un escenario utópico en donde colaboran médicas y acompañantes en una forma que consideraron beneficia la seguridad y la calidad de la atención del aborto.

5. Reflexión final sobre qué tipo de colaboraciones entre médicas y acompañantes se imaginan las participantes, qué pueden aportar y qué necesitan.

Los resultados que se presentan en este capítulo son recuperados de la segunda, cuarta y quinta actividad del taller, enfocándonos en las ideas de las participantes sobre la colaboración entre sí. Los resultados y el análisis de la conceptualización de seguridad y calidad de atención serán publicados en otro espacio.

## CONTEXTO

Chiapas es un estado rural en la frontera sur en donde el 26 % de la población es hablante de una lengua indígena (INEGI, 2020a), siendo uno de los estados del país con indicadores más desfavorables en temas de desarrollo, desigualdad y salud (PNUD, 2015). Al mismo tiempo, tiene una historia de lucha, movimientos sociales y presencia de organizaciones de la sociedad civil. El aborto está permitido únicamente bajo tres causales restrictivas: en caso de violación, riesgo de muerte o malformaciones congénitas. A partir del desarrollo de la política pública de aborto seguro en México en 2021, que se describe a detalle en el Capítulo 5 de este libro, se abrieron espacios de Servicios de Aborto Seguro (SAS) en todos los estados (CNEGSR, 2022). Los SAS ofrecen servicios de atención médica de abortos espontáneos, diferidos, voluntarios o por causales, dependiendo de la legislación local, con personal capacitado y sensibilizado. En Chiapas existían cinco unidades médicas con SAS al momento de este estudio.

BC es un estado conservador que colinda con Estados Unidos, tiene una población mayoritariamente urbana y el índice de desarrollo humano más alto del país (PNUD, 2015). En este estado se logró la despenalización del aborto, en el primer trimestre, en noviembre de 2021. A partir de entonces varias colectivas de acompañantes se acercaron con el personal médico encargado de los nuevos servicios públicos. Al momento de esta investigación existían SAS en únicamente dos municipios.

Por último, la CDMX es la capital de la República, con una población de casi nueve millones de personas (INEGI, 2020b). Políticamente ha sido el espacio más liberal del país y fue la entidad pionera en legalizar el aborto durante el primer trimestre en el 2007, garantizando el acceso gratuito a servicios de aborto por solicitud en las clínicas de interrupción legal de embarazo (ILE) (Díaz Olavarrieta *et al.*, 2020). Desde el inicio del programa, hasta el 31 de diciembre 2023, se habían realizado 270,226 interrupciones seguras, con ninguna muerte (Gobierno de la Ciudad de México, 2024).

## ANÁLISIS DE DATOS

Reconocemos nuestro posicionamiento como investigadoras feministas con un claro enfoque de género y salud, comprometidas con la creación de conocimiento científico que aporte a la salud de las mujeres y otras personas con posibilidad de gestar, en este caso a través de evidencias que puedan ser utilizadas para promover el acceso universal al aborto seguro. Como científicas, estamos convencidas de que la colaboración entre médicas pro derecho a decidir y acompañantes tendrá beneficios para quienes abortan y, por lo tanto, nos interesa identificar cuáles escenarios colaborativos serían posibles. Garantizamos la calidad de los datos a través de discusiones continuas entre las autoras durante y después de cada taller.

Utilizamos la teoría fundamentada para el análisis de los datos, realizando una codificación abierta, adaptando y agrupando códigos e identificando nuevos temas, subtemas y categorías emergentes a lo largo de la investigación y el análisis (Strauss y Corbin, 2002). Utilizamos el *software* Atlas Ti® para la organización de los datos.

Presentamos los resultados a partir de temas, con sus correspondientes categorías y subcategorías. Con base en la literatura y nuestro objetivo de investigación, creamos el tema de análisis “colaboración sinérgica”. Dentro de este tema construimos dos categorías a partir de las dimensiones “pensar” y “actuar” para analizar las ideas sobre las relaciones y colaboraciones entre médicas y acompañantes y evaluar la posible existencia de colaboraciones sinérgicas, específicamente en relación con la atención/acompañamiento (Lasker *et al.*, 2001). El taller fue diseñado para facilitar un espacio de intercambio, sensibilización y reflexión sobre la colaboración, lo que nos propusimos analizar en el tema “efectos del taller”. Realizamos una comparación entre los estados en el tercer y último tema: “diferencias entre estados”.

## RESULTADOS

Nuestro resultado principal es que dentro el tema “colaboraciones sinérgicas” y la categoría “actuar” identificamos ideas e intereses concretos sobre la creación de sinergia en la atención/acompañamiento de quienes abortan, lo que describimos en la subcategoría “atención /acompañamiento”. Agregamos otra subcategoría para describir propuestas adicionales sobre colaboraciones en el actuar: “cuidado mutuo”, que se refiere al concepto feminista de “una forma de apoyo mutuo simbólico y práctico que trasciende las necesi-



dades cotidianas y comunes a cualquier persona, y que se concretaría en la protección y el soporte para desarrollar formas de vida y proyectos individuales y colectivos alternativos” (Esteban, 2017, p. 42-43).

Creamos la categoría “condiciones para la colaboración”, en la cual describimos lo que las participantes consideran necesario para lograr y sostener una colaboración: combatir prejuicios, reconocimiento mutuo, comunicación, disposición y voluntad, horizontalidad, desmedicalización e interculturalidad (Tabla 3). Dentro del tema a priori “efectos del taller” confirmamos nuestra hipótesis de que el taller tuvo un efecto de acercamiento y sensibilización que tiene el potencial de fomentar colaboraciones posteriores. Por último, describimos las diferencias entre los tres estados.

### ¿COLABORACIÓN SINÉRGICA?

A continuación, recopilamos las ideas y deseos de las participantes sobre posibles colaboraciones, alianzas y sinergia a través de las dos categorías a priori: “pensar” y “actuar”, y a través de dos subcategorías en la última: atención/acompañamiento y cuidado mutuo.

#### **Pensar**

Varias participantes expresaron su interés en el intercambio de saberes para fortalecerse entre todas: “podemos [...] compartir nuestro conocimiento, formando a las demás, para la reproducción del movimiento, que sea un movimiento vivo y organizado” (L., acompañante, Chiapas).

Las acompañantes reconocieron que el conocimiento médico les puede ser útil: “[aunque] el conocimiento médico no es nuestra base, reconocemos que en ocasiones lo necesitamos, y el poder contar con alguien quien nos apoya en esta parte es muy valioso para nosotras” (B., acompañante, BC). Al mismo tiempo, las médicas reconocieron el valor del modelo de acompañamiento holístico que desarrollaron las acompañantes. Sin embargo, no propusieron incorporar esta idea en su propio modelo de atención, sino que lo consideraron como algo con lo que se puede complementar la atención médica.

La mirada de subordinación frente a las acompañantes fue reforzada cuando algunas médicas ofrecieron capacitar a las acompañantes, a pesar de que las acompañantes son expertas en el aborto: sus saberes siguen siendo considerados subalternos y no equiparables al saber médico hegemónico. “Puedo dar todo lo que necesitan de mí, soy médica... capacitaciones... tienen mi número, escríbanme, sin pena, sin miedo, ahí estoy” (T., médica general, BC). En respuesta, las acompañantes hicieron énfasis en que con gusto compartie-

ran sus experiencias y conocimientos, buscando un intercambio horizontal de beneficio mutuo. Inclusive, una acompañante instó a que el personal de salud se capacite sobre el tema del aborto:

Todo el personal médico o de salud [debería] darse una capacitación de cómo hacer un aborto con medicamentos, me ha tocado [que a] varias personas, inclusive en instituciones, les dieron mal los medicamentos. Lo veo así: se creen dioses y como que llegan estas nadies [las acompañantes]... pero me encantaría capacitarlos. (T., acompañante, BC).

En este sentido, la reflexión sobre alianzas a nivel de “pensar” fue relativamente limitada: hubo un reconocimiento mutuo de que el intercambio de saberes y experiencias podría ser útil y ambas partes propusieron acceder a estos conocimientos a través de capacitaciones (vertical) o intercambios (horizontal). Sin embargo, no llegaron a imaginarse crear algo nuevo o llegar a la transformación del pensamiento propio: cada una se imaginaba quedándose a su lado: “Necesitamos conocernos, [...] contribuir cada una en su área, hacer más encuentros, platicar casos, darnos *tips*” (T., ginecóloga, Chiapas).

En este sentido, las colaboraciones que las participantes se imaginaron en relación con el “pensar” no llegarían a ser sinérgicas. Sin embargo, es importante reconocer que para la mayoría de las médicas fue la primera vez que se encontraron con acompañantes. Por lo tanto, es posible que, al concretar los intercambios propuestos, con el tiempo empezarán a desaparecer las brechas y se construirán colaboraciones sinérgicas en cuanto al pensar.

## **Actuar**

La dinámica de los sociodramas fue desarrollada para incentivar la empatía de ponerse en el lugar de la otra y para fomentar la reflexión colectiva sobre la colaboración en relación con la atención y el acompañamiento en un proceso de aborto.

## **Atención/accompañamiento**

Todas las participantes reconocieron la importancia y el beneficio de la referencia mutua, ya que permite ofrecer mayor acceso y más opciones a quien aborta:

Nosotras podemos llegar a lugares donde no puede llegar el hospital. (W., acompañante, BC).

Yo he referido pacientes a las colectivas si no quieren o pueden venir acá, no estoy casada con la idea de que todas tienen que venir conmigo. Al final se trata de que tengan una opción. (M., médica general, BC).

La creación colectiva de los escenarios utópicos fomentó una lluvia de ideas sobre cómo podría ser la colaboración al momento de atender o acompañar a una persona. Consideraron que quien aborta tendría más opciones: podría decidir si quiere o no acudir a un servicio médico en cualquier momento del proceso y podría decidir si quiere o no ser acompañada por una activista de forma presencial, a distancia o mixta. Describieron que los procesos podrían iniciar en los servicios de salud y de ahí ser referidas con una acompañante: “Sería increíble pasar a una paciente del hospital a ustedes para acompañamiento, sería una alianza muy fuerte” (T., ginecóloga, Chiapas), y que las acompañantes podrían referir a las médicas para revisiones en caso de preocupaciones específicas o complicaciones: “Lo ideal sería que cuando están [las personas en proceso de aborto] en el hospital, les dijeran: ‘la acompañante te va a acompañar en todo el proceso’, y si hay una complicación las atiendan bien” (W., acompañante, BC).

En estos escenarios, el resultado de la alianza sería una atención y/o acompañamiento más personalizado e integral. En la reflexión sobre alianzas en el escenario utópico en la CDMX, en donde se imaginaron una situación de colaboración entre médicas y acompañantes, mencionaron que:

Fue un acompañamiento en todos los espacios. Tuvo el acompañamiento antes, durante y post, con medicamentos gratuitos, esto es lo ideal. [...] Se personaliza dependiendo de lo que necesita la mujer; fue ella la que nos fue llamando a cada uno de los espacios, ella fue tomando las decisiones y nosotras [médicas y acompañantes] fuimos girando alrededor de lo que ella necesitaba y estaba sintiendo. (R., acompañante, CDMX).

Para la persona acompañada, la colaboración resultaría en mayor calidad de atención. En palabras de una médica: “el lado humano que dan ustedes, el apapacho, nosotras no nos acercamos a esto ni por sensibilizadas que seamos, y esto nos permite dar una atención más integral a las pacientes” (M., médica general, BC).

Las participantes consideraron que el combinar el actuar de una médica y de una acompañante resultaría en una percepción de mayor seguridad para la persona acompañada: “como usuaria me sentí muy reconfortada con las palabras de ambas; el preguntar cómo

estoy, más allá que la explicación del procedimiento, te hace sentir más segura y preparada” (N., acompañante, Chiapas).

Coincidiendo con lo que propusieron Yanow *et al.*, las acompañantes también mencionaron que la colaboración con proveedoras de salud aliadas podría disminuir el temor y el riesgo de ser criminalizada o maltratada al tener que acudir a un hospital (Yanow *et al.*, 2021): “en este caso en que se pueden complicar o tienen miedo, poder decir que vayan a los servicios públicos (...) ya no tendríamos que hacerlo a escondidas, sabiendo que las podemos canalizar con ustedes, médicas aliadas” (L., acompañante, Chiapas).

Las participantes reconocieron que la colaboración ampliaría sus posibilidades de actuar. Para las médicas, porque laboran en un sistema de salud con múltiples carencias que las limitan en la atención: “no hay los recursos ni humanos ni técnicos, el papel que ustedes tienen es muy bueno, pero es muy necesario articularnos porque hay límites en su actuar” (L., acompañante, Chiapas), y para las acompañantes porque “hay límites en nuestros conocimientos” (L., acompañante, Chiapas). Una acompañante de BC, quien ya colaboraba con médicas aliadas, mencionó que el contar con ellas también significó “un alivio, porque podemos ofrecer opciones; público, privado, nosotras, y no tiene que ser [solo] con nosotras” (O., acompañante, BC).

### **Cuidado mutuo**

La expresión más clara de sinergia fue cuando las participantes expresaron su interés en que la colaboración resultara en un cuidado mutuo: “También nosotras necesitamos que nos acompañen” (R., acompañante, BC). Este interés surgió a partir de que las participantes hablaron sobre que el ser mujeres, activistas o médicas pro derecho a decidir las expone a estrés, estigma, discriminación y violencia, lo que resultó en un reconocimiento e identificación mutuos, como describiremos más adelante. Para ellas, el acompañamiento y cuidado mutuo era importante para poder seguir atendiendo y acompañando: “espero recibir de todas ustedes acompañamiento para seguir acompañando, es muy valioso [...], yo necesito esto, tener una red de apoyo” (N., acompañante, Chiapas). A esto nos referimos como cuidado mutuo, desde la sororidad, sin verticalidades, con la profunda empatía de lo que implica ponerme en el lugar de la otra y hacer lo que esté al alcance de mis posibilidades para protegerla, confiando en que puedo pedir el mismo tipo de apoyo cuando así lo necesite. Se trata de una respuesta a la actitud sacrificial que se espera tengan las mujeres, de dar todo a cambio de nada, en sistemas patriarcales como en el que vivimos aún.

Esta necesidad fue expresada por varias participantes, tanto médicas como acompañantes, quienes no solamente pidieron sino también ofrecieron acciones de cuidado, como sus espacios, casas, contención emocional y la construcción de una red de apoyo: “me comprometo a la amistad, las alianzas, las sonrisas, los llantos” (L., médica general, Chiapas).

### **Condiciones para la colaboración**

Identificamos que varias participantes mencionaron condiciones necesarias para la construcción de alianzas. Tanto médicas como acompañantes se refirieron a *combatir prejuicios y reconocimiento mutuo*, y las acompañantes hicieron énfasis adicional en la *comunicación, disposición y voluntad, horizontalidad, desmedicalización e interculturalidad*.

Aunque tanto médicas como acompañantes mencionaron que es necesario combatir los prejuicios entre ambas partes, hubo una diferencia en cómo expresaron esta necesidad. Para las médicas era importante que las acompañantes entendieran que:

Las médicas están muy satanizadas, con justa razón. [...] Evidentemente, cuando ustedes empiezan a interactuar con las médicas van a tener muchos desencuentros y van a darse cuenta de que inclusive el vocabulario es diferente y muy probablemente les caigan mal, y esto va a hacer que se rompa la relación... Sería tratar de que entiendan un poco la razón. Téngannos paciencia y esperanza en que las médicas se pueden llegar a deconstruir y transformar, y se puede crear otro mundo. (T., ginecóloga, CDMX).

En este sentido, varias médicas contaron sobre sus experiencias dentro el sistema de salud y las violencias que vivían o viven ahí por ser mujeres y/o proderecho a decidir, perdiendo entendimiento y empatía de las acompañantes por las limitaciones que tienen en su actuar. En contraste, las acompañantes expresaron explícitamente que requieren reconocimiento por parte de las médicas:

Como acompañantes, por parte de ustedes necesitamos reconocimiento de nuestra labor, saber que no se necesita tener el conocimiento médico o el título para poder acompañar a mujeres que ejercen su derecho. (D., acompañante, CDMX).

Una acompañante de BC expresó la importancia del reconocimiento y el respeto mutuo en la construcción de colaboraciones nuevas:

La primera vez que nos vimos no sabíamos si queríamos colaborar y referir pacientes a los SAS. Con el tiempo hemos aprendido que [la médica] es una persona en quien podemos confiar, que es una relación que se ha construido desde el respeto, también hacia nuestro trabajo como acompañantes, que es lo que la mayoría de los médicos no tienen. (O., acompañante, BC).

En estas exigencias se ven reflejadas las posiciones desiguales que personal médico y activistas ocupan en la sociedad: a pesar de que las acompañantes son expertas en aborto, no se les reconoce como tales. Y aunque el personal médico no necesariamente tiene conocimiento o experiencia en la atención del aborto, se le reconoce (y se reconoce) como experto. Para las médicas participantes no era necesario solicitar reconocimiento por su trabajo en sí, ya que están en una posición que les permite asumir que este está presente automáticamente.

Ambas partes se comprometieron a trabajar en sus propios prejuicios con el fin de disminuir la brecha entre los dos mundos y facilitar la colaboración:

Ofrezco apertura, no partir de prejuicios; escuchar primero, no creer que todas las acompañantes somos chidas [buenísimas] ni que todo el personal de salud sea terrible. Trabajar mis prejuicios cuando me aparezcan. (R., acompañante, CDMX).

Las acompañantes tenían mucha claridad sobre lo que se requiere para colaboraciones duraderas. La comunicación era un elemento central para ellas, específicamente en la colaboración enfocada en la atención y/o acompañamiento. Hicieron referencia a dos tipos de comunicación: 1) entre médica y usuaria al momento de referir a una acompañante, y 2) la co-coordinación del caso, es decir, una comunicación directa entre médica y acompañante:

Si va con una médica porque no confía en las colectivas [es importante] en el momento explicar por qué yo como médica trabajo con y confío en las colectivas: explicar que es el mismo procedimiento, porque a veces piensan que ir al hospital es muy diferente. También [comunicarlo] a nosotras: cuando canalizamos entre nosotras, nos avisamos y explicamos, no doy números de teléfono a cualquiera, pregunto si están disponibles.... ¡Comunicación! Avisar a la chica, de ambos lados, horarios y disponibilidad, el proceso, etc. Que el trabajo de las colectivas es voluntario... (B, acompañante, BC).

Mencionaron que es importante que el personal médico reconozca explícitamente la labor de las acompañantes y lo expresa así a la usuaria para que esta se sienta segura: las acompañantes están conscientes de que en la sociedad existe una valoración del conocimiento médico como superior al conocimiento de una activista. Las acompañantes también pidieron disposición, voluntad y claridad de las médicas para evitar crear expectativas que no se puedan cumplir:

Necesitamos que haya una voluntad real en estas alianzas. Sé que es complejo, desde mi punto de vista puede parecer sencillo, pero no conozco sus contextos y puedo ser juzgona. Si vamos a intentar [colaborar, tenemos que ser] simplemente muy claras, “puedo apoyar hasta aquí y no más”, qué sí podemos y no podemos. Seremos muy respetuosas. (R., acompañante, BC).

Algunas acompañantes mencionaron la importancia de la desmedicalización de los protocolos de atención: “pido a la parte médica que entiendan que no siempre es necesario pedir ultrasonidos de control, hay ocasiones en que no tienen dinero o recursos para hacer ultrasonidos” (O., acompañante, BC). La acompañante, hablante de una lengua indígena, hizo énfasis en la importancia de interculturalidad, tanto para médicas como para acompañantes: “yo necesito [...] que se mezclen los conocimientos ancestrales de las mujeres con lo médico, ayudaría mucho a que el proceso sea mejor. Que tengamos la apertura de crear sistemas en común. Herbolaria, feminismo y medicación” (M., acompañante, Chiapas).

También fueron las acompañantes quienes reflexionaron sobre que las propuestas de colaboración tendrían que concretarse primero en la cotidianidad, y mencionaron que no todo se resuelve con la alianza entre una médica y una acompañante:

Lo que acabamos de hacer me nutre mucho. ¡Qué bonito sería, si fuera así!, porque aún no es así. En un turno [en el hospital] a lo mejor está una de nuestras compas [médicas aliadas], pero en otro turno ya no, y tenemos que mandar a una mujer que necesita la atención... No solamente se trata de médicas y médicos, sino también del personal de enfermería, el policía... y ellas están ahí esperando... Por eso no quieren ir: viven tanta violencia psicológica que terminan haciéndote un legrado. (M., acompañante, Chiapas).

En el mismo sentido, es importante mencionar que en varias ocasiones las acompañantes hicieron una distinción entre la figura de la “médica aliada” y las instituciones o el

gremio médico en general. Es decir, mientras vieron difícil la colaboración con las instituciones, “con nuestras aliadas en lo individual, en corto, hay posibilidad de estas alianzas, lo veo más viable: la co-construcción, apostando a la horizontalidad” (B., acompañante, BC).

Llama la atención que principalmente las acompañantes de BC, quienes ya tuvieron experiencias de colaboración tanto con las médicas que participaron en el taller como con las instituciones, hicieron énfasis en estas condiciones. Ni en Chiapas ni en la CDMX existían alianzas previas, y, por ende, hubo menos mención de condiciones específicas para la colaboración. Es probable que la experiencia previa en BC haya llevado a que las acompañantes mencionaran la importancia de voluntad, claridad sobre límites y buena comunicación para la construcción de alianzas. Las médicas en BC expresaron poca preocupación sobre la forma de interactuar; por el contrario, mencionaron que están felices con las alianzas que ya existen y que así piensan continuar.

De cierta forma, tanto las médicas como las acompañantes están acostumbradas a trabajar sin mutua colaboración. Aunque reconocen los posibles beneficios de una colaboración más amplia, una acompañante menciona que:

No necesito nada en el sentido de que la chamba la vamos a seguir sacando, con la certeza de que si algo se atora ahí está la red [de acompañantes] y nuestras médicas aliadas [no se refiere a las médicas presentes en el taller]. A pesar de las carencias y necesidades no hay nada que me preocupe en particular porque confío en la red de apoyo que hemos estado construyendo. (M., acompañante, BC).

## EFFECTOS DEL TALLER

Un resultado importante de esta investigación es que identificamos que el taller llevó a la sensibilización y reconocimiento mutuo e inmediato entre las participantes en cada uno de los estados, posiblemente sentando o fortaleciendo las bases para futuras alianzas. Es decir: consideramos que el taller en sí podría fomentar la construcción de colaboraciones. En palabras de dos de las participantes:

Esto es una primera iniciativa, conocernos, ponernos en los zapatos de las demás. Yo en algún momento también fui la que dijo “las acompañantes todo lo complican”. Entonces, después de ir descubriendo que no es cierto, que hay muchísimas mujeres que han sido acompañadas por ustedes desde el amor, el cariño, el cuidado y lo integral, no solamente desde la parte médica... esto es ya un primer paso bastante bueno. (N., médica general, Chiapas).



Estos espacios nos ayudan para que nos ubiquemos. No conocía a las médicas, (...) así vamos conociendo otras realidades. Espero que haya más espacios así. (N., acompañante, Chiapas).

En los tres talleres, las participantes llegaron a la conclusión de que la diferencia principal entre ellas es que proceden de dos mundos distintos. Las médicas se mueven dentro de un sistema rígido, jerárquico, androcéntrico y medicalizado, lo que se refleja inclusive en su vocabulario: “llama la atención el uso de palabras: *chica* versus *paciente*” (R., acompañante, BC).

En contraste, las acompañantes tienen mayor libertad para crear sus propios protocolos desmedicalizados y flexibles, que además tienen un enfoque en lo emocional del que las médicas carecen. Esta observación fue realizada tanto por las médicas como por las acompañantes en los tres estados. Una médica comenta sobre la acompañante actuando el papel de médica en el sociodrama: “Fuiste demasiado amable [en el sociodrama], ¡en ningún hospital van a ser tan amables! Inclusive las medicas que están de acuerdo [con el aborto], no dan tan buen trato, somos mucho más técnicas” (E., médica general, CDMX).

El sociodrama se diseñó para fomentar la empatía y la reflexión sobre posibles interacciones, colaboraciones y sinergia, y resultó ser el elemento sensibilizador más claro dentro del taller. Tanto médicas como acompañantes refirieron sentirse reflejadas por las escenas actuadas: “Me conmovió mucho porque yo suelo entregar medicamento en el mercado, donde no tienen dinero. Me identifiqué mucho... [llora]” (R., acompañante, BC). El ponerse en los zapatos de una médica pro derecho a decidir en una institución de salud encausó la visibilización de que el sistema médico es sumamente violento y machista para las médicas por ser mujeres y además pro derecho a decidir.

Al mismo tiempo, para algunas médicas el sociodrama fue el primer acercamiento para conocer el trabajo de las acompañantes, lo que resultó en el reconocimiento de su actuar: “son admirables todas... yo apenas estoy conociendo todas estas cosas de acompañantes, no sabía de esto y me parece muy interesante, me parece indispensable que se conozca más, muchas felicidades por su trabajo” (F., ginecóloga, BC). En ambas partes, el actuar la escena basada en una realidad ajena resultó en empatía y reconocimiento mutuo del trabajo de las otras:

No he estado tan consciente de todas las violencias que ustedes viven, no solamente en el hospital sino también en la carrera, de [la situación] de los hombres sabemos más, que no las respeten, no las escuchen, toda la carga laboral, no dormir... es inhumano. (R., acompañante, BC).

Necesito darle las gracias a las colectivas, no las conocía, (...) gracias por la labor que están haciendo, es titánico, por su ternura, su disposición desinteresada, el cariño y el empeño, me siento honrada por conocerlas. (F., ginecóloga, BC).

Llama la atención que las expresiones de reconocimiento fueran distintas dependiendo de la fuente. El aprecio expresado por las acompañantes, como se puede ver en el testimonio previo, se trata principalmente de un reconocimiento de las dificultades que las médicas enfrentan al trabajar en un sistema androcéntrico violento. En contraste, el reconocimiento de las médicas hacia las acompañantes es por su labor en sí, de lo cual varias de las médicas no tenían conocimiento previo:

Les ofrezco publicidad, no sé si la palabra está bien. La mayoría de mis amistades son médicos. [Ofrezco] difundir esta información en el lugar donde trabajo, con los chicos pasantes, con estudiantes que vienen, dar esta información a ellos [...]. Los médicos no sabemos nada de acompañantes, nada de aborto. (E., médica general, CDMX).

De esta forma, se evidencia nuevamente la asimetría de poder entre los dos grupos: las médicas pueden desconocer la existencia de la figura de acompañante y, en sentido estricto, no les necesitan para la atención del aborto. Sin embargo, las acompañantes están muy conscientes del papel del personal de salud en el aborto y que, inclusive cuando sea autónomo y realizado en casa, es inevitable la interacción con los servicios de salud en algunos casos, y saben que dependen de la voluntad de las personas que trabajan en ellos para atender algún imprevisto en el proceso de aborto.

El ambiente positivo que se generó como resultado de las dinámicas permitió inclusive la expresión de críticas constructivas entre las participantes. En uno de los talleres, las acompañantes le dieron retroalimentación a una médica sobre aspectos de su actuar en la consulta actuada. En lugar de crear un conflicto, los comentarios fueron recibidos con agradecimiento por parte de la doctora, quien confesó nunca haber podido conversar sobre este tema antes del taller. La apertura y confianza necesarias para esta interacción positiva fue un resultado inesperado y esperanzador del taller.

Ya lo entendí, no me había puesto ahí... no lo hago con la intención de hacer daño, les agradezco infinitivamente. A veces necesitamos ponernos en los zapatos del otro, y los comentarios que

me hicieron fueron excelentes y les doy las gracias, no me molesta, no me enoja, al contrario: les doy las gracias. (F., ginecóloga, BC).

Finalmente, hubo una identificación de las similitudes y de lo compartido. Como mencionó una acompañante de BC: “[el estar] acá hace ver todo lo que compartimos, todas estas violencias, lamentablemente” (R, acompañante, BC). Es claro que la condición de género (ser discriminadas y violentadas por ser mujeres) atravesaba las experiencias de todas las participantes, y que este reconocimiento para varias fue un catalizador para crear una conexión:

Dejar de pensar que venimos a luchar, porque estamos luchando hombro a hombro, dejar la etiqueta de *médicas* y *acompañantes*, al final somos todas mujeres, que nuestra lucha sea de las mujeres hacia las mujeres, para mí es importante. (T., ginecóloga, Chiapas).

Algunas médicas mencionaron que habían tenido experiencias parecidas a las de las acompañantes, ya que habían realizado acompañamientos fuera de contextos clínicos: “Soy médica, pero esto no me hace sentir muy alejada de su realidad, he realizado acompañamientos como ustedes, así en la noche, en el celular... No somos tan ajenas” (L, médica general, Chiapas). De igual manera, varias acompañantes habían trabajado dentro de instituciones públicas y reconocieron el tipo de violencias que se viven dentro de estos espacios.

Muchas de nosotras también hemos trabajado en algún momento dentro del sistema, sabemos cómo es. El sistema te corrompe, te apresa, hace que veas a las otras mujeres que pueden hacer lo mismo que tú como rivales. (M., acompañante, Chiapas).

Varias participantes mencionaron que, al final, lo importante es que comparten el mismo objetivo:

Nuestra lucha no debe ser entre acompañantes y médicas, somos de la misma banda, estamos haciendo las mismas cosas desde distintos lugares y con distintas herramientas, nuestro propósito es el mismo: acompañar a las mujeres para que ejerzan su derecho a decidir. (B., acompañante, Chiapas).

## DIFERENCIAS ENTRE ESTADOS

Consideramos que el efecto de las dinámicas —el reconocimiento mutuo e identificación de un objetivo común— construyó la base para la exploración de posibles alianzas y sinergias en los tres estados. Sin embargo, hubo particularidades en cada taller que se deben a aspectos relacionados con su contexto —principalmente la existencia o no de interacciones previas, el contexto legislativo y el nivel de implementación de servicios en el sector público, lo que se traduce en el nivel de necesidad percibido— y a las características de las participantes, en específico de las médicas.

En Chiapas, las participantes se expresaron emocionadas sobre la construcción de alianzas y el reconocimiento mutuo, las ideas sobre cómo colaborar y cuáles serían los beneficios fueron similares entre médicas y acompañantes. En este taller, la construcción de confianza, la expresión de interés en colaborar y la propuesta del cuidado colectivo surgió casi inmediatamente y de forma explícita. La escena utópica fue construida sobre un entendimiento compartido de cómo pudiera verse la sinergia entre médica y acompañante: hubo sinergia al momento del diseño. En este estado no existían interacciones previas entre las médicas y las acompañantes participantes. Las participantes provenían de diferentes partes del estado, tanto de las ciudades principales como de la periferia. Hubo un interés genuino en la participación del taller; desde antes expresaban su emoción por conocerse y las posibilidades de esta interacción.

Se podría explicar este interés y la necesidad que sentían entendiendo que el trabajo por el aborto en un contexto restrictivo es complejo: el acceso a servicios legales es limitado y depende de contar con personas aliadas. Además, existe un alto riesgo legal y social al involucrarse con el aborto por la criminalización y el estigma de un proceso “clandestino”. Los beneficios potenciales de una alianza entre médicas y acompañantes son numerosos en este contexto y esto podría ser una explicación a la apertura y el efecto sensibilizador que detectamos en Chiapas. Aunado a esto, la historia laboral de las participantes en Chiapas dentro de la sociedad civil y su interacción con actores no hegemónicos como las parteras tradicionales y las y los promotores de salud comunitarios podría explicar su apertura hacia las acompañantes.

En BC, como mencionamos anteriormente, ya existían alianzas previas al taller, en específico entre las acompañantes y las dos médicas encargadas de los SAS, quienes participaron en el taller. Aunque hubo un efecto sensibilizador parecido al taller de Chiapas sobre las participantes, las propuestas para la colaboración que surgieron fueron más concretas y, por parte de las acompañantes, específicamente enfocadas en las condiciones necesarias

para una colaboración efectiva y duradera. Esto sugiere que a partir de las experiencias de las interacciones previas existe mayor claridad sobre los retos de una colaboración, sin idealizarla: “hemos hecho alianzas, nos escribimos por medicamento, preguntando si alguien de menor edad puede ir... Va paso a pasito y estamos intentando crear estas alianzas, hemos construido algunas” (R., acompañante, BC).

Por último, en la CDMX los aportes de las participantes se enfocaron principalmente en temas generales, como la desestigmatización por ambas partes y la dedicación de continuar luchando en sus respectivos espacios por el objetivo común. Sin embargo, no propusieron ni reflexionaron sobre situaciones concretas como referencias o intercambios. Esta diferencia con los otros estados se puede explicar entendiendo el contexto de una ciudad grande en donde ya existe el acceso al aborto legal, seguro y gratuito garantizado por el sector público de salud desde el 2007, aunque con sus matices y problemáticas (Schiavon y González de Leon, 2017; Veldhuis *et al.*, 2022c). Es probable que esto, sumado a la individualidad de una ciudad de tal tamaño (más de nueve millones de habitantes), haya hecho que las participantes no sintieran la misma necesidad de construir alianzas. Esto se podría ver reflejado también en la falta de participación en el taller: de las diez personas que confirmaron su asistencia, únicamente cuatro acudieron.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El resultado principal de esta investigación es la identificación del interés en la construcción de alianzas a partir de un objetivo común: acceso al aborto seguro para quienes lo necesiten. Aunque las colaboraciones imaginadas por las participantes en relación con el “pensar” no llegaron a ser sinérgicas, las ideas sobre las alianzas enfocadas en la colaboración relacionada con la atención/accompañamiento sí describen posibles colaboraciones sinérgicas que beneficiarían a las personas en proceso de aborto. Además, hubo un interés específico en el cuidado mutuo que surgió a partir del reconocimiento de las violencias que todas enfrentan por ser mujeres. Describimos que, para ambas partes, el combatir prejuicios y reconocimiento mutuo es necesario para construir complicidades que las acerquen y no las conviertan en rivales, aunque la asimetría de poder entre médicas y acompañantes es una barrera importante para la existencia de sinergia en las colaboraciones. Finalmente, identificamos que el propio taller tuvo un efecto de sensibilización que podría fomentar la creación de alianzas posteriores.

Las ideas de las participantes sobre colaboraciones en la atención/acompañamiento hacen eco a las interacciones entre profesionales de salud aliados y las acompañantes de las Socorristas en Red en Argentina (Fernández Vázquez, 2017): existe un reconocimiento de “ambos territorios: la experticia en el trato con mujeres de un lado, y, por otro lado, la posibilidad de prevención, reacción y derivación inmediata ante posibles complicaciones” (Fernández Vázquez y Szwarc, 2018, p. 174). Al concretarse las ideas de las participantes, se trataría de colaboraciones sinérgicas entre dos actores que se complementan y por lo tanto tienen un efecto o “rendimiento” mayor a lo que habrían logrado de forma individual (Lasker *et al.*, 2001). Sin embargo, en estos escenarios aún no existe el imaginario de un *continuum* en donde se borren los límites entre ambos modelos al momento de que las y los profesionales de salud se conviertan en *insider activists* [activistas internos], como ocurrió en algunas ocasiones en Argentina (McReynolds-Pérez, 2017; Fernández Vázquez y Szwarc, 2018).

Es interesante notar que en las investigaciones en Argentina también participaron profesionales de la salud no médicos, como trabajadores y trabajadoras sociales y psicólogas. En este sentido, las acompañantes psicólogas aquí referidas ya representan el *continuum* entre profesionales de la salud y militantes feministas. Sin embargo, investigamos la posibilidad de colaboraciones y sinergia entre personal médico, en este caso específicamente médicas pro derecho a decidir, y acompañantes, quienes, a pesar de tener en algunos casos una formación en salud, representan dos mundos disímiles en relación con el aborto.

El interés en el cuidado mutuo es una expresión concreta de una colaboración sinérgica y de un camino hacia la sororidad. Es decir: las participantes ya no estaban únicamente interesadas en los resultados de la colaboración, sino también en la alianza en sí, por lo tanto, la relación entre las y los aliados podría potenciar el aprendizaje mutuo para que logren más de lo que se propusieron hacer de manera individual (Saltiel, 1998). Hay trabajos que reconocen la importancia de la calidad de la relación interpersonal, incluyendo confianza y respeto, para la construcción de alianzas sinérgicas (Lasker *et al.*, 2001; Loban *et al.*, 2021). Además, el cuidado colectivo es una práctica feminista contrahegemónica que parte de principios como la horizontalidad, sororidad y reciprocidad (Esteban, 2017; Oliveira y Dordevic, 2015), que puede ser una estrategia de lucha para una apuesta política común (Esteban, 2017; Guzmán Sierra y López Céspedes, 2022). Por lo tanto, el cuidado mutuo tiene el potencial de desaparecer la brecha entre los dos mundos.

Aunque en las reflexiones identificamos posibles colaboraciones sinérgicas al combinar fuerzas en la atención/acompañamiento de una persona en proceso de aborto, es im-

portante resaltar que aún no son realidad. En BC ya existen interacciones que tienen el potencial de convertirse en colaboraciones sinérgicas. Sin embargo, específicamente las acompañantes reconocen que esto no ocurre automáticamente y requiere de reconocimiento, combate de prejuicios, y principalmente comunicación directa y precisa para la coordinación de los casos, disposición, tiempo y voluntad, con lo cual coinciden varios autoras y autores (Lasker *et al.*, 2001; Weiss *et al.*, 2002; Loban *et al.*, 2021).

Consideramos que el obstáculo principal para la construcción de colaboraciones sinérgicas entre los dos grupos sigue siendo la asimetría de poder que pudimos observar en varios instantes. Existe un reconocimiento del trabajo de las acompañantes, sin embargo, las médicas no consideran realmente incorporar estos aprendizajes en sus propias prácticas y tampoco reconocen las posibles dificultades en la colaboración. Al mismo tiempo, las acompañantes se acoplan a las necesidades de las médicas y toleran la existencia de estas asimetrías desde un entendimiento de la inevitabilidad del contacto con servicios médicos y de los beneficios directos de la colaboración para las personas acompañadas.

La deconstrucción de esta asimetría requerirá un cuestionamiento consciente de su posición por parte de las médicas, o como mencionan Fernández Vázquez y Szwarc: “La articulación entre militantes y profesionales de la salud [en Argentina] se ha producido en mayor medida con aquellos profesionales que, si bien quizás no lo subvierten, ponen en cuestión el modelo médico hegemónico y sostienen posicionamientos más próximos a la salud comunitaria (Fernández Vázquez y Szwarc, 2018, p. 174).

Identificamos que los talleres tuvieron efectos inmediatos de sensibilización e inspiración de propuestas para la colaboración —aunque desconocemos si las ideas y propuestas que surgieron se concretaron posteriormente—; sin embargo, como hemos visto, estos talleres han sido trabajados entre mujeres, lo que permitió la creación de un ambiente de confianza y el compartir experiencias frecuentemente relacionadas con la condición de género. El taller no ha sido aplicado en grupos mixtos (hombres, mujeres, personas divergentes) y tampoco con personal médico con una posición más neutral respecto del aborto o con otro tipo de personal de salud (enfermería, por ejemplo). Tampoco ha sido aplicado a grupos homogéneos con relación a espacio laboral o acompañamiento, tampoco con participantes en situaciones de vulnerabilidad por su nivel educativo o etnicidad, por ejemplo.

Consideramos importante investigar los resultados concretos del taller para evaluar la posibilidad de utilizar esta metodología como herramienta para la construcción de alianzas que benefician a quienes abortan.

En esta investigación no exploramos las ideas sobre alianzas enfocadas en otro tipo de acciones, como la incidencia política: nos limitamos a la exploración de posibles sinergias en la atención/acompañamiento del aborto seguro; sin embargo, es necesario entender más sobre el tema sinergias en acciones de incidencia en México.

Los resultados de esta investigación sugieren que la colaboración entre médicas pro derecho a decidir y acompañantes de abortos autónomos tiene el potencial de ser sinérgica. Es importante crear espacios de encuentro e intercambio para acercar a protagonistas de diferentes mundos, quienes comparten un objetivo común: facilitar el acceso a abortos seguros y de calidad para quienes lo necesiten, que finalmente son y deben ser el centro de la atención.

En una utopía concreta, que podamos vernos como lo estamos haciendo ahora: como personas, mujeres, siendo aliadas, y que la tensión que se ha vivido entre médicas y acompañantes podamos ir la rompiendo. Estamos en la misma tierra y postura: el derecho a decidir. (L., médica general, Chiapas).

## BIBLIOGRAFÍA

- Baum, S. E., Ramirez, A. M., Larrea, S., Filippa, S., Egwuatu, I., Wydrzynska, J., Piasecka, M., Nmezi, S., y Jelinska, K. (2020). "It's not a seven-headed beast": abortion experience among women that received support from helplines for medication abortion in restrictive settings. *Health Care Women International* 41(10), 1128-1146. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1823981>
- Belfrage, M. (2023). Revolutionary pills? Feminist abortion, pharmaceuticalization, and reproductive governance. *International Feminist Journal of Politics* 25(1), 6-29. <https://doi.org/10.1080/14616742.2022.2154688>
- Braine, N. (2020). Autonomous Health Movements: Criminalization, De-Medicalization, and Community-Based Direct Action. *Health and Human Rights Journal* 22(2), 85-97. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc7762925/>
- Castañeda Salgado, M. P. (2008). *Metodología de la investigación feminista*. Fundación Guatemala, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México.
- CNEGSR. (2022). Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México. Edición 2022. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL\\_Interac](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL_Interac)



- tivo\_22NOV\_22-Lineamiento\_te\_cnico\_aborto.pdf. Consultado el 25 de septiembre de 2022.
- Díaz Olavarrieta, C., Bonifaz Alfonso, L., Sanhueza-Smith, P., Fajardo Dolci, G. E., Guevara-Guzmán, R., Aburto-Arciniega, M. B., Phillips, V. J., Arce Cedeño, A., y Villa, A. R. (2020). Twelve years after abortion decriminalization in Mexico City: Can we still remain an island of liberties? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 62, 63-78. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.07.009>
- Esteban, M. L. (2017). Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia* 22(2), 33-48.
- Fernández Vázquez, S. S. (2017). Políticas públicas difusas: la implementación de las consejerías pre y post aborto en Argentina. *RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas* 16(1), 87-98. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38051452004>. Consultado el 25 de septiembre de 2022.
- Fernández Vázquez, S. S., y Szwarc, L. (2018). Aborto medicamentoso. Transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina. *RevIISE. Revista de Ciencias Sociales y Humanas* 12(12). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=553557482016>. Consultado el 25 de septiembre de 2022.
- Gobierno de la Ciudad de México. (2024). Interrupción legal del embarazo (ILE). Estadísticas Abril 2007-31 de Diciembre 2023. Disponible en: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/ILE-WEB-dic2023.pdf>. Consultado el 25 de septiembre de 2022.
- González Vélez, A. C., Martínez Coral, C., Trujillo Cardona, M. A., Gil Urbano, L., y Mazo Cardona, L. (2023). *Causa justa. Por el aborto: Voces detrás de la demanda*. Tirant lo Blanch.
- Guzmán Sierra, S. E., y López Céspedes, S. (2022). La ética del cuidado como forma de organización política feminista en Costa Rica. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos* 33(2), 165-184. <https://doi.org/10.15359/rldh.33-2.8>
- Haraway, D. (1995). Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. En *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Cátedra.
- INEGI. (2020a). Chiapas. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=07#collapse-Resumen>. Consultado el 12 de noviembre de 2024.
- INEGI. (2020b). Ciudad de México. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=09#collapse-Resumen>. Consultado el 12 de noviembre de 2024.
- Joffe, C. E., Weitz, T. A., y Stacey, C. L. (2004). Uneasy allies: pro-choice physicians, feminist health activists and the struggle for abortion rights. *Sociology of Health & Illness* 26(6), 775-796. <https://doi.org/10.1111/j.0141-9889.2004.00418.x>
- Krauss, A. (2019). The ephemeral politics of feminist accompaniment networks in Mexico City.

- Feminist Theory* 20(1), 37-54. <https://doi.org/10.1177/1464700118755660>
- Larrea, S., Palència, L., y Borrell, C. (2021). Medical abortion provision and quality of care: What can be learned from feminist activists? *Health Care for Women International* 45(1), 47-66. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1969573>
- Lasker, R. D., Weiss, E. S., y Miller, R. (2001). Partnership Synergy: A Practical Framework for Studying and Strengthening the Collaborative Advantage. *The Milbank Quarterly* 79(2), 179-205. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00203>
- Loban, E., Scott, C., Lewis, V., Law, S., y Haggerty, J. (2021). Activating Partnership Assets to Produce Synergy in Primary Health Care: A Mixed Methods Study. *Healthcare* 9(8), 1-33. <https://doi.org/10.3390/healthcare9081060>
- Manago, B., Sell, J., y Goar, C. (2019). Groups, Inequality, and Synergy. *Social Forces* 97(3), 1365-1388. <http://dx.doi.org/10.1093/sf/soy063>
- McReynolds-Pérez, J. (2017). Abortion as empowerment: reproductive rights activism in a legally restricted context. *BMC Pregnancy and Childbirth* 17(S2), 95-158. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1498-y>
- Menendez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social* 14, 33-69. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/838/83801402.pdf>. Consultado el 12 de noviembre de 2024.
- Oliveira, G., y Dordevic, J. (2015). *Cuidado entre activistas. Tejiendo redes para la resistencia feminista*. CFEMEA. Disponible en: [http://cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/cuidado\\_entre\\_activistas.pdf](http://cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/cuidado_entre_activistas.pdf). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto. Resumen ejecutivo*. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352351/9789240045767-spa.pdf>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2007). *Género y salud. Una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud*. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/5701/Genero-y-salud-manualFinal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). (2015). *Índice de Desarrollo Humano para las entidades federativas, México 2015*. Disponible en: [https://www.undp.org/sites/g/files/zsk-gke326/files/migration/mx/PNUD\\_boletinIDH-final.pdf](https://www.undp.org/sites/g/files/zsk-gke326/files/migration/mx/PNUD_boletinIDH-final.pdf). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Rodríguez Cometta, L. (2020). *Médicxs por el Derecho a Decidir: itinerarios profesionales de Generalistas que garantizan abortos en el primer nivel de atención de CABA y PBA*. [Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de La Plata]. Disponible en: <https://www.memoria.fahce.unlp.edu>

- ar/tesis/te.1979/te.1979.pdf. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Saltiel, I. M. (1998). Defining Collaborative Partnerships. *New Directios for Adult and Continuing Education 1998*(79), 5-11.
- Schiavon Ermani, R., y González de León Aguirre, D. (2017). Avances y retos de los servicios de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México. *Coyuntura Demográfica 11*, 45-51.
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Veldhuis, S. (2020). *El aborto con medicamentos acompañado por mujeres en México - una opción autónoma y segura*. [Tesis de maestría. El Colegio de la Frontera Sur].
- Veldhuis, S., Sánchez-Ramírez, G., y Darney, B. G. (2021). “Velamos por su seguridad”. Acompañantes de abortos seguros y seguridad de las acompañantes en México. En G. Sánchez Ramírez, S. Veldhuis (Coord.). *Realidades y retos del aborto con medicamentos en México* (pp. 101-132). El Colegio de la Frontera Sur. Disponible en: [https://ecosur.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1017/2212/1/61331\\_Documento.pdf](https://ecosur.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1017/2212/1/61331_Documento.pdf). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Veldhuis, S., Sánchez-Ramírez, G., y Darney, B. G. (2022a). Locating Autonomous Abortion Accompanied by Feminist Activists in the Spectrum of Self-Managed Medication Abortion. *Studies in Family Planning 53*(2), 377-387. <https://doi.org/10.1111/sifp.12194>
- Veldhuis, S., Sánchez-Ramírez, G., y Darney, B. G. (2022b). “Becoming the woman she wishes you to be”: A qualitative study exploring the experiences of medication abortion acompañantes in three regions in Mexico. *Contraception 106*, 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.10.005>
- Veldhuis, S., Sánchez-Ramírez, G., y Darney, B. G. (2022c). “Sigue siendo un sistema precario”. Barreras de acceso a abortos clínicos: la experiencia de acompañantes en tres regiones mexicanas. *Cadernos de Saúde Pública 38*(4), ES124221. <https://doi.org/10.1590/0102-311xes124221>
- Veldhuis, S. (2024). *Taller Sinergias entre personal médico pro-derecho a decidir y acompañantes de abortos autónomos. Manual de facilitación*. Disponible en: <http://clacaidigital.info/handle/123456789/2916>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Walsh, A. (2020). Feminist Networks Facilitating Access to Misoprostol in Mesoamerica. *Feminist Review 124*(1), 175-182. <https://doi.org/10.1177/0141778919888070>
- Weiss, E. S., Anderson, R. M., y Lasker, R. D. (2002). Making the Most of Collaboration: Exploring the Relationship Between Partnership Synergy and Partnership Functioning. *Health Education & Behavior 29*(6), 683-698. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019802237938>
- Yanow, S., Berro Pizarrossa, L., y Jelinska, K. (2021). Self-managed abortion: Exploring synergies between institutional medical systems and autonomous health movements. *Contraception 104*(3), 219-221. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.06.006>

## **TEMA 3: EXPERIENCIAS**



## 8. Profesionales de la salud como agentes de cambio social y político en favor del derecho al aborto en Argentina

DALIA SZULIK Y NINA ZAMBERLIN

### RESUMEN

El 30 de diciembre de 2020 se sancionó en Argentina la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) que despenaliza el aborto para todas las mujeres y otras personas con capacidad de gestar durante las primeras catorce semanas de gestación, y establece la obligatoriedad del sistema de salud pública de brindar cobertura integral y gratuita de esta práctica.

En este artículo se analiza la experiencia de profesionales de la salud en la lucha por el aborto legal en Argentina como voz socialmente autorizada y legítima en la discusión sobre temas de la salud pública.

Se realizó un estudio exploratorio-descriptivo y cualitativo con base en treinta entrevistas en profundidad.

El recorrido por las narrativas de las personas entrevistadas da cuenta de un entramado en el que se combinan los niveles micro, meso y macrosocial, entrelazando la identidad profesional que se fue construyendo a partir de cambios y transformaciones en sus vínculos con la temática del aborto, las experiencias en el sistema de salud (por ejemplo, las interacciones entre el o la proveedora y la persona usuaria, las relaciones interpersonales con colegas de la misma y de otras disciplinas, las políticas y programas de salud, las pertenencias a distintas organizaciones) y el compromiso social y político de estos actores.

**Palabras clave:** aborto, agentes de cambio, Argentina, derechos, profesionales de la salud.

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de este artículo es presentar la experiencia de profesionales de la salud en la lucha por el aborto legal en Argentina. Analizar esta experiencia y comprender la dinámica de esta comunidad profesional resulta relevante no solo por su rol fundamental en la provisión de servicios, sino por su participación en la discusión política con una voz considerada socialmente autorizada y legítima sobre temas vinculados a la salud pública.

Existen antecedentes de estudios sobre profesionales de la salud en relación a la temática del aborto, pero no hay estudios realizados que se concentren en su activismo social (Burton, 2021). Resulta relevante, pues, retomar esta dimensión. Nuestro interés es reconstruir el rol que tuvo esta comunidad como activista y propulsora del cambio, recuperar sus perspectivas y narrativas, comprender sus trayectorias y motivaciones, y analizar sus relaciones con otros actores sociales, dentro y fuera del sistema de salud.

El 30 de diciembre de 2020 se sancionó en Argentina la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) que despenaliza el aborto para todas las mujeres y personas gestantes durante las primeras catorce semanas, y establece la obligatoriedad del sistema de salud de brindar cobertura integral y gratuita de esta práctica. Asimismo, a partir de la semana quince, se garantiza el derecho a decidir y acceder al aborto en casos de violación o de peligro para la vida o la salud de la persona gestante, como ya lo preveía la legislación existente desde 1921.

Así, se dio fin a un contexto de restricción legal del aborto que, en la práctica, durante décadas operó como una prohibición absoluta. Hasta iniciado el siglo XXI los abortos permitidos fueron prácticamente inaccesibles en el sistema público de salud por la restrictiva interpretación de las causales de despenalización<sup>1</sup> y/o la negativa de profesionales a realizarlos (Bergallo y Ramón Michel, 2009; Ramón Mitchell y Ariza, 2018; Isla y Ariza Navarrete, 2023; Rosenberg, 2023). En 2012, el fallo FAL de la Corte Suprema de Justicia de la Nación marca el inicio una nueva era, aclarando la interpretación del código penal en la materia.<sup>2</sup>

---

1 El peligro para la salud contemplado como causal de no punibilidad se entendía casi exclusivamente en términos de la salud física y de riesgo grave. Mientras que el inciso 2° se interpretaba erróneamente limitando su alcance exclusivamente a las mujeres violadas con discapacidad mental, excluyendo a las que no presentan esa condición (Bergallo y Ramón Michel, 2009).

2 El fallo FAL se pronunció reafirmando que el aborto estaba permitido en todos los casos de violación (sin importar la capacidad de la mujer) y que no se requería la autorización judicial previa para la práctica de

La ley de IVE coronó el proceso de la historia de la política pública en el campo de la salud y los derechos sexuales y (no) reproductivos en la Argentina que se inició con la restauración de la democracia en 1983. Optamos por hablar de derechos sexuales y (no) reproductivos para visualizar, tal como señala Josefina Brown, la dimensión de la reproducción (eventos tales como embarazo, parto, puerperio, acceso a la fertilización asistida), la de los derechos vinculados a la no reproducción (anticoncepción, aborto) y los derechos relativos al ejercicio libre de la sexualidad sin discriminación, coerción o violencia (Brown, 2008).

A partir de esa fecha, la salud y los derechos sexuales y (no) reproductivos fueron adquiriendo mayor visibilidad pública, se amplió su reconocimiento como derechos humanos y se demandó al Estado su promoción, así como la garantía de su ejercicio. Paulatinamente, a lo largo de estas décadas se introdujeron cambios institucionales y programáticos en los diversos niveles de la política pública, orientados por el principio de la autodeterminación de las personas con relación a sus decisiones en sexualidad y reproducción.

El recorrido no fue lineal. Tuvo avances y retrocesos, períodos de conquistas claras, otros de quietud, algunos de movilización más activa y propositiva. El movimiento de mujeres —con la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, creada en 2005, como su columna vertebral— tuvo un rol fundamental a lo largo de estos años, lo que cobró notoria visibilidad a partir de 2018, año de inflexión en el que se instala y masifica la marea verde (Ruibal, 2023).

Ese año se trató por primera vez en el Congreso Nacional un proyecto de ley sobre interrupción del embarazo. Este tuvo aprobación en la Cámara de Diputados, pero no en la de Senadores. Finalmente, con un nuevo gobierno, en diciembre de 2020 se aprobó la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, que fue promulgada en enero de 2021.<sup>3</sup>

En Argentina, desde hace más de veinte años se fue consolidando una línea de investigación sobre profesionales de la salud en relación con el aborto (Ramos *et al.*, 2001; Szulik *et al.*, 2008; Szulik y Zamberlin, 2017; Serna *et al.*, 2019; Mazur, 2023). Esta temática a lo largo de la historia interpeló a esta comunidad respecto a diferentes aspectos de su

---

un aborto no punible. Asimismo, se señala que basta la declaración jurada de la mujer presentada ante el profesional de la salud interviniente, sin ser necesaria la denuncia penal o policial de la violación.

<sup>3</sup> No bien asumió el cargo Javier Milei en diciembre de 2023 (un gobierno claramente antifeminista), estos logros están permanentemente bajo amenaza y toda la estructura estatal para salud sexual y reproductiva en proceso de desmantelamiento y desfinanciación.



identidad y de su práctica profesional; puso en relieve su rol social de funcionarios que deben responder responsablemente a una demanda de salud, los interpeló como sujetos que debieron posicionarse frente a un tema controvertido, les evocó la necesidad de empatizar con las mujeres demandantes, los llevó a revisar su formación y los mandatos tradicionales dentro de su grupo de pares, colocó a su práctica en un contexto normativo y, finalmente, puso en evidencia que no existe conocimiento técnico despojado de significado subjetivo, personal y social.

En este trabajo, el propósito de poner el foco en las experiencias de profesionales de la salud fue develar sus aprendizajes sociales y rastrear en sus discursos las huellas o indicios que permitieron recapitular sus historias para exponer un proceso que supera su relato de vida, al tiempo que constituye la materia prima que permite reflexionar en torno al cambio social que nos convoca.

## ABORDAJE METODOLÓGICO

Se realizó un estudio exploratorio-descriptivo y cualitativo. El trabajo se desarrolló a partir de un diseño flexible y desde una lógica inductiva. La técnica de recolección de información fue la entrevista en profundidad en el marco del uso del método biográfico (Meccia, 2020). El trabajo de campo fue realizado entre agosto y diciembre de 2021. Se realizaron entrevistas personales virtuales, lo que facilitó el acceso a informantes de distintas localidades. El consentimiento se solicitó de manera explícita antes de iniciar la grabación. Las entrevistas fueron grabadas digitalmente y transcritas en su totalidad. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética para Proyectos de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

La muestra fue intencional y por bola de nieve. Las personas contactadas fueron identificadas en su mayoría por conocimientos previos y por derivación y recomendación de diferentes referentes.

Fueron entrevistadas treinta personas, veintidós mujeres y ocho varones, cuyas edades oscilan entre 33 y 71 años. Sus profesiones son en su mayoría del campo de la medicina (tocoginecología, obstetricia, medicina general, pediatría, salud pública) y de la psicología y el trabajo social en menor proporción.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Algunas de las entrevistas fueron realizadas por una de las autoras en el marco de un estudio comparati-

En cuanto a sus lugares de residencia, las personas entrevistadas son de la Ciudad de Buenos Aires, la Provincia de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos, Catamarca, Salta, Neuquén, Chubut, Tierra del Fuego y Jujuy.

Resulta fundamental destacar la conjunción de roles de cada integrante de la muestra: se conjugan perfiles provenientes del ámbito de la salud, el activismo social y la función pública, situación que enriqueció los testimonios y facilitó la articulación de los tópicos abordados. Los testimonios que se citan fueron seleccionados porque resultan paradigmáticos; su relevancia se basa en la posibilidad de expresar opiniones y procesos que atravesaron todos los entrevistados.

Las entrevistas abordaron la temática en busca de, al decir de Meccia, “hechos” (¿qué pasó en la vida de las personas?) y/o “experiencias” (¿cómo dan significado a lo que pasó?). El propósito fue comprender la articulación entre su trayectoria biográfica y un contexto sociohistórico determinado, se intentó desentrañar qué ha hecho el mundo en sus vidas y —especialmente— qué le han hecho al mundo sus vidas (Meccia, 2020, p. 36).

## RESULTADOS

### LA TRAMA: RELATOS BIOGRÁFICOS DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Ubicamos los relatos que surgen de las entrevistas dentro de una trama en la que se pueden distinguir claramente los tres momentos que la componen: el inicio, el nudo y el desenlace.

#### 1. Inicio

Las personas entrevistadas se presentaron profesionalmente, destacando espontáneamente las siguientes cuestiones: la importancia del lugar de trabajo a nivel institucional y de acuerdo al sector en el que se desempeñan (público-privado), la distinción por niveles de atención (la atención primaria fue valorada muy positivamente, destacando la pertinencia de las cuestiones de salud sexual y reproductiva situadas en el espacio más cercano a la población), la inscripción territorial, el activismo —en el campo de la salud sexual y (no) reproductiva o en relación con otras temáticas sociales— y la identificación con la importancia de incluir la perspectiva de género y derechos en la salud. Así, se definen profesionalmente desde una multiplicidad de espacios y pertenencias que convergen y permiten

---

vo entre Argentina, Irlanda y Corea del Sur (Juanola van Keizerswaard et al., 2024). Existe un acuerdo para el uso compartido de esos datos entre Fòs Feminista y KIT Royal Tropical Institute.

entrelazarse de una manera única. El resultado es un proceso de “autogestión” y posicionamiento que cobra su significado completo al abordar la totalidad de sus narrativas.

Dos caminos diferentes pueden indicarse como el origen de sus experiencias personales y profesionales con la cuestión del aborto. Por un lado, el tema “aparece” espontáneamente a partir de su práctica profesional o de su militancia. Temas en la atención, como la anticoncepción, se presentan como antecedente directo. También se mencionaron casos emblemáticos que actuaron como disparadores en sus carreras y dieron visibilidad a la cuestión.

Llegué a contactarme con la práctica por una necesidad propia de cambio de función laboral, y me encontré con un mundo, fue muy fuerte. [...] A medida que fui escuchando a las mujeres me fui involucrando más y empecé a mirar en esto de entender mi práctica desde una perspectiva de derecho. (Alicia, 43 años, psicóloga).

Primero me vinculé desde la cultura institucional, era una más de todos que fue cuando hice la residencia, lo que fue como un gran impacto al principio porque llegué y no se condecía lo que yo había estudiado en la facultad con lo que estaba viendo: había el mismo número de complicaciones por abortos que de partos. Teníamos guardias donde atendíamos la misma cantidad de complicaciones de aborto que de partos. Me irrumpió y me conmovió porque no esperaba eso. (Griselda, 65 años, médica tocoginecóloga).

Por otro lado, el aborto se “instala” a partir del contacto con diferentes personas e instituciones sociales (organizaciones no gubernamentales y movimientos de mujeres) o a partir del contexto general de paulatina apertura social hacia el tema.

La primera vez que vi a una mujer muerta en una guardia fue a una mujer muerta por aborto cuando yo era residente de primer año y solamente hacíamos partos. Con lo cual siempre tuve como esa idea de esa mujer que estaba viva hacía cinco minutos y después desapareció. Esto fue muy conmovedor. Pero en aquel momento tenía una posición completamente adversa, te estoy hablando del año 88. Sinceramente creía que estaba mal, pero con una idea no de juzgar sino de pensar por qué se exponían así la vida. Y después tuve muchas situaciones, porque también terminé trabajando en un hospital con una posición durísima, que nos obligaban a hacer denuncias policiales. Y yo siempre era la rebelde que no llamaba a la policía, lo que me traía muchos dolores de cabeza, pero también me parecía que no estaba bien. Y después llegó un año que para

mí fue la bisagra, que fue en el año 2004, que la gente de CEDES [Centro de Estudios de Estado y Sociedad] se acercó con un proyecto de mejoramiento de la calidad de atención postaborto. Fue un proyecto muy largo donde se implementó en el hospital la práctica de la AMEU [Aspiración Manual Endouterina]. (Amalia, 54 años, médica tocoginecóloga).

En 2005, falleció una mujer por aborto inseguro en un barrio colindante. Después, otra mujer que también por aborto inseguro termina dos meses internada. Le hacen histerectomía, salva su vida, vivió para contar lo que significa un aborto inseguro. Y después otra situación, que fue una mujer que tuvo un parto prematuro, un parto no deseado, un hijo no deseado. [...] Yo era la trabajadora social, entonces me pidió que intercediera para darlo al bebé. Esas cosas que dijimos..., bueno, esto no puede ser así. O sea, ¿qué hacemos nosotros frente a esto? Y empezamos como a mirar qué hacer desde el 2005, con un médico principalmente. Y nos pusimos a ver y a buscar. Ahí conocimos la experiencia del Hospital Argerich, que en 2006 creo que hasta tuvo un premio. Bueno, fuimos en esta búsqueda y ahí dimos con Católicas por el Derecho a Decidir. (Adela, 45 años, trabajadora social).

El vínculo con la temática del aborto desde lo profesional obliga a revisar cuestiones de la vida personal y de sus historias familiares.

Cobré la dimensión de que ninguna persona llegaba con tanta facilidad a estar en esa situación, que había otros actores que afectaban terriblemente la vida de las mujeres. Y también aceptar escuchar una vocecita interior donde había relatos familiares, domésticos, donde todas las mujeres de la familia sabían cosas de las otras mujeres de la familia, y lo toman con naturalidad. (Amalia, 54 años, médica tocoginecóloga).

Yo creo que la primera piña con el tema fue en la residencia. Me llamaron de la terapia intensiva del hospital, no me acuerdo si era residente de segundo año, terminando el primero, me llamaron de la terapia intensiva que acababa de entrar una paciente de la guardia que estaba grave, fui a verla y el terapeuta mientras me estaba comentando el caso, al minuto y medio el monitor dejó de tener latidos, o sea se murió delante mío una chica de diecisiete años. Hoy yo tengo una hija de veinticuatro, así que imagínate cuando cumplió los diecisiete. Lo pensaba y decía “pensar que un padre, el padre de esa chica, perdió a su hija a esta edad, qué cosa horrorosa”. (Matías, 54 años, médico tocoginecólogo).

La realidad frente al aborto deja ver un vacío en su formación profesional y su capacitación.

Como médica lo único que sabía hacer eran los legrados evacuadores de los abortos incompletos. Cuando yo veía toda la cuestión, la complejidad del tema, empecé a estudiarlo y verlo desde un punto de vista ético, médico, me devoré por mi cuenta el libro que había que todavía lo debo tener por ahí guardado, el único que había para leer. (Sara, 70 años, médica tocoginecóloga).

Nunca nadie me capacitó, otra de las cosas en las que soy muy autodidacta; entonces fui aprendiendo a los golpes, no es que nosotros hayamos hecho una capacitación, fui aprendiendo en el hacer. (Alicia, 43 años, psicóloga).

El aborto es un tema ausente en su formación como profesionales, pero, paradójicamente, esta ausencia se hace presente con una virulencia tal que es lo que determina su formación, su identidad profesional, su autodefinición. Este contacto describe una tensión entre sentimientos de vergüenza y culpa, y el despertar de una sensibilidad y empatía. Se refuerza una necesidad de “escuchar” que traduce el padecimiento y el sufrimiento en autonomía y decisión.

Al final de la carrera me estalló la cabeza. Estaba terminando la universidad con toda la historia que tiene en la Universidad de Córdoba, y solo había estudiado, no había dedicado tiempo a otras cosas, si bien siempre tuve como una mirada hacia lo social, como más de izquierda o más desde la garantía de derechos. Y ahí empecé a militar, casi al final de la carrera, empecé a militar en una organización y desde ahí me empecé a vincular con otro mundo que era muy diferente y en donde podías palpar algunas otras cosas. Otras discusiones que por ahí en la universidad y en la formación que nos dan a profesionales médicos es muy estructurada, muy desde la hegemonía. El paciente es importante, pero es un paciente, todo lo que trae el paciente consigo desde su historia, su transitar el mundo, sus derechos es como malo, a lo que no se le presta tanta importancia. Y desde ese lugar empecé a conocer personas, organizaciones y demás que me fueron abriendo la cabeza y poder entender que la decisión del aborto en este caso era algo muy personal y que debía ser acompañado. (Carmela, 38 años, médica general).

Me recibí de médico y al año siguiente estaba haciendo una residencia de medicina general en un hospital del conurbano; al poco tiempo trabajaba en un centro de atención primaria,

la llamábamos *salita* en esa época, de José León Suárez, en una barriada popular, y el tema del aborto era un tema que siempre estuvo presente, presente en las consultas, en las vivencias, en los comentarios entre médicos, entre los equipos profesionales. Obviamente las herramientas que teníamos, estoy hablado del 90, 91, 92, eran por demás escasas; algunas tenían que ver con las cuestiones de formación universitaria, la cuestión curricular en la que el tema no existía como tema y cuando existía era una cuestión de punibilidad en una materia como medicina legal. (Fabio, 58 años, médico general).

## 2. Nudo

El nudo de la trama es el momento de las trayectorias en el que se pasa a la acción. Llegar a ser profesionales con perspectiva de derechos no fue un camino sencillo de atravesar. Hubo que romper con situaciones y experiencias límites (en más de una entrevista se habla de tortura), ser blanco de estigma y etiquetamientos, sentir vergüenza y culpa, para dar lugar a la posibilidad de una escucha empática, poder visibilizar a la “mujer” y a otras personas que atendieran. En este sentido, el aborto es el puntapié inicial hacia una transformación, una ruptura.

El recibimiento fue de una de mis colegas diciéndome: “¿qué se siente venir a matar hijos?, ¿qué se siente que te miren por los pasillos sabiendo que venís a matar hijos?”. Yo la verdad me quedé helada y mi único gesto fue encoger los hombros y decirle: “no sé de qué me hablás, no entiendo”. Ahí me di cuenta de que inicié una lucha para mí en esto de poder formarme y de poder responder a las agresiones que iban a iniciar. Yo creo que me di cuenta recién en este último tiempo que ahí se inició como una lucha ideológica muy profunda. (Alicia, 43 años, psicóloga).

A mí, en lo personal, lo que me parece que me funcionó en un principio fue remordimiento y culpa... Nosotros denunciábamos a las mujeres, incluso por orden de un ministro que había en ese momento. Y realmente éramos torturadores de las mujeres que abortaban. Y a esas mujeres sin palabras que venían a último momento muy complicadas veíamos morir un montón, muchísimas, ahora no lo podemos imaginar. Hoy parece de otro tiempo. (Dante, 57 años, médico tocoginecólogo).

Soy ginecobstetra, pero cuando recién terminé la facultad yo me vine a vivir a Chubut, renuncié a una residencia en tocoginecología en Córdoba. Ahí se legraba sin anestesia y una vez vi legrar a una mujer sin anestesia y casi me desmayé, empecé a tambalearme y alcancé a sentarme contra

una pared. Cuando entré a la sala de legrados fue el espanto: entre cuatro personas sujetaban a la mujer, dos de cada hombro, dos de cada muslo, y la ginecóloga legrando y la mujer a los alaridos. Tuve que salir, alcancé a salir de ese quirófano y sentarme contra la pared de afuera, temblaba entera, quería vomitar, fue horrible. Cuando le pregunté a la ginecóloga por qué había hecho eso, ella me dijo muy tranquila: “son órdenes del director, porque si no todas van a venir a que les terminemos el trabajo”. Contando esta experiencia pensaba que el disciplinamiento no era solo para las que abortaban, sino que también era para las personas que querían ser ginecólogos: se aseguraban de que estuvieran dispuestos a torturar. (Eugenia, 56 años, médica tocoginecóloga).

La línea de tiempo construida a partir de su experiencia personal y de sus relatos biográficos se arma hilvanando diferentes sucesos que funcionan como hitos, bisagras, momentos que plantean un antes y un después en su relación con la temática. Cabe destacar: la experiencia de algún caso que conmocionó especialmente, las aperturas hacia otras cuestiones del campo de la salud sexual y (no) reproductiva (anticoncepción, ligadura tubaria, implementación de programas, ley de parto respetado, fertilización asistida),<sup>5</sup> las experiencias de países vecinos, principalmente Uruguay, el contacto con organizaciones sociales y redes de profesionales, el trabajo sostenido de la Campaña por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito, la publicación de los protocolos y guías que se sucedieron dentro del Ministerio de Salud de la Nación y en algunas provincias, el ya mencionado Fallo FAL, la difusión del uso del misoprostol, la movilización feminista con mucha presencia en las calles en torno a temáticas de género y la feminización de la profesión médica.

A partir de FAL cambiaron muchas cosas y por supuesto contar con misoprostol, pero que ya estoy hablando para adentro del sistema; contar con misoprostol fue algo revolucionario, pero me parece que lo principal fue de afuera para adentro, fue de la calle a los hospitales. (Fabio, 58 años, médico general).

Fue muy fuerte que el Estado empezara a pagar los anticonceptivos. Yo venía bastante sensibilizada con eso, entonces enseguida me prendí con cosas que iban pasando por acá, que tenían que

---

<sup>5</sup> Las normas jurídicas más significativas del campo de la salud sexual y reproductiva vigentes en la Argentina comienzan recién a plasmarse desde principios del siglo XXI: Ley Nacional de Salud Reproductiva (2002), Ley de Parto Humanizado (2004), Ley de Educación Sexual Integral (2006), Ley de contracepción quirúrgica (2006).

ver con algunas organizaciones feministas que, no sé, no me acuerdo exactamente cómo, pero yo sé que tempranamente me relacioné con ellas. (Griselda, 65 años, médica tocoginecóloga).

Ese fue el primer cambio, digamos que no sé si ponerlo en el término de reducción de daños, porque no hacíamos otra cosa más que tratar bien a las mujeres, no denunciarlas y que se sientan cómodas, pensar cómo ayudarlas, cómo acompañarlas y qué herramientas teníamos. Yo creo que el gran paso fue ese transitar de la ley que nos penaba o que podía ser punitiva o nos podía poner en un mal lugar, a la ley que nos protegía. (Dante, 58 años, médico tocoginecólogo).

En los inicios, el aborto se sitúa como elemento que permite visibilizar a las mujeres: la posibilidad de interrumpir un embarazo es la situación que pone de relieve a la persona, la identifica, le da una entidad específica. Esta situación produce un efecto desestabilizador en el modo de ejercer su trabajo en las personas entrevistadas y las reconfigura como profesionales actuantes, con voz propia, cada vez más pública, pensando tanto en la esfera pública general como en la particular de cada espacio de trabajo. Así, pasan a ser referentes, activistas y garantes del derecho a decidir. Se activa la promoción y la defensa de un derecho. Es posible distinguir dos perfiles diferenciados que dan cuenta de diferentes modos de agenciarse que muchas veces conviven en una misma persona:

- Profesionales-activistas/militantes hacia adentro de los servicios de salud: recorren un camino y construyen un semillero en las instituciones en las que trabajan, se constituyen en referentes comunitarios y en elementos fundamentales en el trazado del acceso de las mujeres y las personas con capacidad de gestar a la IVE. Son quienes articulan la política pública (establecen vínculos con personas que se desempeñan en la función pública).
- Profesionales-activistas/militantes en la calle: desde sus lugares de trabajo recorren un camino que contribuye a su proyección social y a constituirse como voces públicas y referentes (proyección mediática, participación en el debate parlamentario, participación en movilizaciones masivas en las calles).

Yo siento que fue una lucha cuerpo a cuerpo con las profesionales, con los efectores de salud, con los directivos, con el ministerio mismo, que, a veces, si bien te acompañaban, tenías que hacer todo un trabajo de fundamentación de algo que ya estaba fundamentado, de una práctica que se venía realizando en otras provincias y que la veníamos realizando. Fue una lucha desde adentro. La resistencia interna en la institución fue una de las que más claramente podíamos



ver y podíamos vencer, ¿no? En todo esto, en el 2018 aparecieron las organizaciones feministas que nos acompañaron, el Colegio de Psicólogos con la Comisión de Género, que nos sentimos siempre respaldadas. Y bueno, a partir de eso es como que vas teniendo encuentros con activistas, con feministas y por ahí, una de las cosas que nos cuestionaban era que no éramos activistas en las marchas, o que no marchábamos. Mi lema es que soy militante hacia adentro. Yo siento que no podemos estar en todos los espacios. Entonces siento que mi militancia va hacia adentro. (Alicia, 43 años, psicóloga).

Adquirí una figura pública muy importante y hablé en lugares que no me hubiera imaginado: la Facultad de Filosofía y Letras, donde nunca había entrado, en la Biblioteca Nacional... Yo sabía para qué me invitaban: era la voz médica, pero también era militante, entonces me invitaban y yo cumplía con la invitación. (Miguel, 65 años, médico tocoginecólogo).

Después hubo un momento en que esta vocería se hizo como más pública, que creo que tiene que ver con el [primer] debate de la ley en 2018 y después todo fue fluyendo, digamos. Ahora a nadie se le ocurriría ni discutirnos ni señalarnos, por ahí tenemos algunos entreveros, pero creo que ya está como facilitado. Ese es el momento, digo, que me parece que se hace público que hay una cantidad de prestadores dentro del sistema público de salud dispuestos a garantizar. Por eso digo que estoy de moda ahora, después del debate 2018 también, donde tuve oportunidad de hablar en Diputados. (Amalia, 54 años, médica tocoginecóloga).

Estas actuaciones se dan también con diferentes “estilos”: “en voz baja”, buscando los resquicios y enfrentando obstáculos.

Fue primero en voz baja porque obviamente no lo decía mucho, me costó primero, más allá de que mi marido me apoyó, en el entorno familiar pude conversar mucho. Te doy un ejemplo: mirá, ahí se ve el pañuelo que me regaló una paciente, yo lo tenía acá y mi marido dice: “che, está el pañuelo”, y yo le dije: “sí, ¿y qué?”, “Y si viene gente?”, me dice. “Que venga y si no le gusta que se vaya, yo no voy a cambiar lo que hago, lo que soy”. O sea, era parte de la generación de mi cambio esta coherencia, así que esas fueron como las primeras cositas a cambiar y a conversar en la familia. Después, empezar también a recibir consultas en relación al aborto de muchas colegas, colegas del interior que me llamaban. (María, 40 años, médica tocoginecóloga).

Fue un proceso bastante duro, fue una metamorfosis que uno tiene que hacer y que no es que es fácil y que eso ocurre de un día a otro o porque uno es más bueno o entiende más o menos las cosas. Fue muy duro, me costó mucho, tuvo costos: no ser bien recibido en las asociaciones de Ginecología y Obstetricia, que me miren mal y feo en los servicios, incluso la gente con la que yo me había formado y con la que había trabajado durante años. (Dante, 58 años, médico tocoginecólogo).

Y con un estilo que proyecta su compromiso social y ciudadano, más allá de lo profesional.

Hay mucha gente que me reconoce, pero yo nunca me pensé como referente, simplemente me pensé como promotora o cómo construir colectivamente la vida, no solo los derechos, porque esa es otra palabrita que también tiene sus matices porque es judicializar, y si hay algo terrible en esta sociedad y en nuestro país es el poder judicial y lo que hace, ha hecho y seguirá haciendo mientras no lo cambiemos con las mujeres, las disidencias, las clases populares. El aborto ha sido un camino también para entender esas cosas, luchar por el derecho al aborto, pero el aborto no es solamente un derecho, es una necesidad vital de los seres humanos. (Sara, 70 años, médica tocoginecóloga).

Resulta llamativo que se repiten los testimonios en los que se enfatiza la condición de no ser militante:

Yo jamás he sido activista. Yo no me considero feminista, ni activista, ni pañuelo verde. Yo soy una humilde trabajadora que sí trato de que los equipos de salud reciban información correcta, trato de buena manera de ir por el lado bueno, explicándole y haciéndole entender y sobre todo tratando de que se resuelva. (Elisa, 48 años, trabajadora social).

La verdad es que no sé decir si me considero una persona militante en relación con el tema del aborto, porque en realidad tengo un montón de otras cosas por las que lucho y por las que pienso. Sí me parece que lo que el tiempo me fue enseñando fue a poder ir madurando la idea de que en realidad lo que nos pasa a todos y todas... No hay una acción que impacte solamente en eso, porque si los núcleos de presión son los mismos y están basados en el patriarcado, cuando uno trabaja aborto y libera acá, también libera en otros lados, o sea: cuando sale la ley del matrimonio igualitario, la que era entonces ministra de Salud de la Provincia de Santa Fe, dice: "Esa

noche me quedé hasta las cuatro de la mañana mirando. No soy lesbiana, no pienso usar nunca la institución del matrimonio, y ¿por qué me sentí tan feliz?, porque sentí que el aire estaba más respirable. Y entonces esa noche me acordé y se me vino a la cabeza lo que me habían enseñado de chica, que creo que nos enseñaron a todos, a todas, que es esto de que la libertad de uno termina donde empieza la de los demás”. Y ella dice: “Esa noche me di cuenta de que la libertad de uno se agranda en la medida que se agranda la libertad de los demás”. Entonces el aborto es uno de los lugares, o es una de las puntas que tiene que ver con la carrera que había elegido, donde desde esa carrera yo podía aportar en esa militancia, pero también porque [con] el aborto digamos que se liberan las mujeres, [pero] no se liberan solamente las mujeres. Entonces, bueno, era una lucha que también se hace carne, más allá del aborto en sí. (Dante, 58 años, médico tocoginecólogo).

El camino recorrido se opone al “modelo médico hegemónico”, al “patriarcado sanitario”, a los “paradigmas médicos violentamente cuestionados”: el aborto es la fisura que aparece y permite concretar una ruptura con una especie de “mandato” o un modo de asistencia y de atención de la salud.

En este sentido, podríamos pensar que estas personas modifican su *habitus profesional*<sup>6</sup> (retomando el concepto desarrollado por Bourdieu (2008, 2011), sobre todo en lo relacionado con el campo médico. A través de los primeros años de formación y práctica médica, la experiencia en un campo se vuelve compatible con las experiencias de otras personas que ejercen la medicina, y esto va reafirmando la adhesión a las normas comunes profesionales, hospitalarias y culturales (Luke, 2007). De este modo:

El campo médico, particularmente la consulta médica, representa un espacio de reproducción de las estructuras sociales, de la profesión médica jerárquica y de las pautas socioculturales de la subordinación de las mujeres, en el que se conjugan distintos determinantes en diversos niveles y posiciones de poder, que aun en permanente recomposición aportan al mantenimiento de las estructuras (Castro Vásquez, 2011, p. 239).

El posicionamiento respecto del aborto contribuye a deconstruir este *habitus*, a partir de retomar un posicionamiento respecto de la ciudadanía y el derecho a la salud.

---

<sup>6</sup>Tal como señala Castro: “El *habitus* médico es el conjunto de predisposiciones incorporadas —esto es, que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales— que, a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación, y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano” (Castro, 2010, p. 59).

Hay una parte de la entrevista a X en donde una diputada le recriminaba como diciendo que estaba orgullosa de matar, y entonces ella le respondió que lamentaba que ella se hubiera quedado con el título de la nota y no hubiera leído el resto de la entrevista, en donde ella decía que de lo que está feliz es de *no* vulnerar derechos. Entonces, esa frase se me quedó, porque yo dije: “es verdad”. Entonces, eso fue como la frase que más me gustó de X, y dije: “tal cual, yo tampoco voy a vulnerar derechos, quiero facilitar ese derecho que venimos postergando en toda esta historia y hoy puedo ser parte del cambio”, entonces dije: “bueno acá estoy en esto”. (María, 40 años, tocoginecóloga).

Castro (2010) sostiene que el *habitus* médico se refuerza durante los años de formación como profesional. Quien en sus años de estudio y prácticas en la universidad e instituciones hospitalarias entra en contacto con la estructura del campo médico, comprende e incorpora los mecanismos de formación de identidad del ser médico, y adopta los procesos de identificación social y diferenciación que lo llevan a la construcción de su nueva identidad, con la promesa de autoridad con que dicha imagen premia al final del proceso de formación. Así, en el campo médico, se transmiten jerarquías, estrategias de dominación y modalidades de conducta que no solo están destinadas a mantener la primacía del grupo, sino a perpetuar las instituciones en las que este campo se sostiene: sistema sanitario, hospitales, institutos educativos, colegios profesionales y otras organizaciones en las que el campo médico se desarrolla.

Esto se plasma en una visión crítica de las sociedades científicas, vistas como espacios elitistas y conservadores representantes de una “hipocresía” y de un “negocio”.

Yo odio que se llamen sociedades científicas porque no lo son, porque están bancadas por la industria farmacéutica. En realidad, son sociedades subvencionadas por la industria farmacéutica para consumo de todo lo que es tecnología médica de la especialidad; ellos se autodenominan sociedades científicas, pero son sociedades de pares. (Griselda, 65 años, médica tocoginecóloga).

Las sociedades creo que han sido medio tibias, podrían haber sido un poquito más efusivas en el tema, hubo un apoyo medio tibio en todas. Al principio, unos años atrás, cuando se discutía en el Senado la ley y no salió, la verdad es que podrían haber puesto un poquito más en el fuego y no pusieron casi nada de carne en el asador, y ahora veo con agrado que las sociedades científicas de ginecología y obstetricia del país están empezando a incluir en los congresos charlas,

sesiones relacionadas con interrupción legal e interrupción voluntaria, cosa que es fantástico. (Matías, 54 años, médico tocoginecólogo).

Son un elitismo; las sociedades científicas son un núcleo duro del conservadurismo del sistema de salud en la medicina. Es esa cosa del reconocimiento entre pares y se cruza mucho con otros intereses que no son solamente el bienestar en la salud y el cuidado de la gente. (Sara, 70 años, médica tocoginecóloga).

Hay quienes se descubren facilitando en su práctica el ejercicio y la ampliación de derechos de la ciudadanía, se perciben “reconociendo un derecho”. Para otras personas, se trata de “hacer lo correcto”, “hacer lo que corresponde”, y están también quienes creen que los cambios dan lugar a decisiones en otros ámbitos: a partir de modificaciones sustantivas desde el sistema de salud, las vidas de las personas adquieren nuevos rumbos, significados, proyectos.

Yo no me creo heroína, odio cuando me dicen heroína porque eso es muy de loco, más como el que va la flecha hacia el blanco. Para nada voy. Vengo y me angustio, pero sé que fui una de las pioneras, obviamente, y como han trabajado otras compañeras en Neuquén, en Buenos Aires y demás, cada una de nosotras le fue poniendo su impronta, cada una a su manera. La mía fue antes de la ley empezar a trabajar como si ya hubiera una ley de aborto voluntario porque eso entendí en el Código Penal. La mía es más que nada desde un respeto a la autonomía y al rol de la mujer. Me resisto profundamente a toda práctica que caiga en el tutelaje porque ese es un discurso muy común en los ginecólogos: prohíbo la ligadura para cuidarlas, la obligo a un PAP antes de ponerle el DIU para cuidarlas... y no. Yo no quiero cuidar mujeres ni quiero que me cuiden, creo que sabemos cuidarnos bien solitas. (Eugenia, 56 años médica tocoginecóloga).

No solamente introdujimos en nuestra institución que esto de la salud es biopsicosocial. No solamente introdujimos la parte psicológica, sino la social. La importancia que esto tiene para una mujer. Romper con esta hegemonía médica fue un trabajo de hormiga, continuo y que requiere aún de mucha energía. (Alicia, 43 años, psicóloga).

Para nosotras la atención de la salud sexual y reproductiva y el aborto intenta hasta modificar un paradigma de atención en la salud donde está la mujer y la persona gestante como sujeta de derecho, como primera persona, como protagonista de una decisión. Aparte viene a romper o a

hacer temblar esas estructuras patriarcales del derecho a decidir, pero al derecho a decidir que no es solamente a abortar; es decidir sobre la propia vida, el proyecto de vida, lo que quiero para mí, lo que no quiero ahora, pero a lo mejor quiero después. Esas mujeres no son las mismas después de interrumpir un embarazo cuando han sido acompañadas con mucha cercanía, con mucha escucha. (Adela, 45 años, trabajadora social).

Yo creo que soy uno más. El otro día escuché una frase que decía que la victoria tiene muchos padres y la derrota uno solo. Bueno, esto creo que es una victoria parcial y tiene varios padres. Yo seré uno de los padres anónimos de esa victoria, no me interesa tener nombre y apellido, no lo hice por eso sino porque creo que así debe ser. Yo soy médico y mi función es garantizar la salud y el bienestar de la mujer integral, y esto es parte. Yo no soy militante, yo trabajo de lo que sé hacer, yo trabajo de esto, me encanta trabajar esta especialidad. (Matías, 54 años, médico tocoginecólogo).

En este sentido, hay diferencias entre quienes se formaron y trabajaron en la atención primaria con vínculos territoriales y comunitarios más fuertes. Se remarcan diferencias entre profesionales generalistas y quienes ejercen la tocoginecología. Se observa un marcado consenso en una visión muy crítica de esta última especialidad.

En ginecología me he encontrado con la gente más misógina que te podés encontrar dentro de la medicina... Yo creo que hay una cosa del poder y del ejercicio del poder, es una hipótesis esto, donde vos te sentís muy patriarcal, muy consustanciado con el modelo patriarcal de mujer, que para eso estás y que, en la línea de lo que dijo Juan Pablo II, que lo que dignifica a las mujeres es la maternidad, lo que implica que nacemos indignas. Esos pensamientos pesan muy fuerte en mucha gente que elige esta profesión: “quiero ayudar, quiero cuidar a las mujeres”. (Sara, 70 años, médica tocoginecóloga).

Lo que pasa es que es un prejuicio. Te lo voy a dejar claro: a mí me parece que la gente que tiene una perspectiva social y comunitaria de la salud no se dedica a la tocoginecología. Por eso encontraron terreno fértil con los médicos generalistas o de familia para implementar el aborto medicamentoso ambulatorio. (Amalia, 54 años, médica tocoginecóloga).

Y es la perspectiva desde donde te ponés vos para mirar hacia la mujer. El médico generalista familiar es mucho más integral, más comunitario. Vos viste que más allá de atender a la

embarazada atiende a la mamá, a la abuela, al papá, al nene... o sea, es más integral en su mirada y va más allá de lo físico también, estas relaciones interpersonales, familiares, lo social. Nosotros en ginecobstetricia olvídate: es como que no existiera la atención primaria para nosotros y vos ingresás acá a obstetricia y de verdad es un régimen, no te digo militar, pero una cuestión de que esto es así, pero la paciente no puede venir y no les importa Es el típico sistema médico hegemónico y vos sos el que sabés cómo hacer todo, la mujer no cuenta. (María, 40 años, médica tocoginecóloga).

### 3. Desenlace

El desenlace de una trama se corresponde con la resolución de esta. En este caso en particular, apunta más a un “desenredo” que a una solución en el sentido de dar término a un conflicto. Apuntamos a señalar aquellas cuestiones que facilitaron que el nudo se *des-en-lace*, se *des-en-rede*, pero en el contexto que analizamos, esa posibilidad se dio a partir de tejer y construir redes.

El desenlace de esta trama se ubica en un contexto de cambios promovidos por el recorrido del movimiento de mujeres a lo largo de varias décadas que fueron impactando en las políticas públicas.<sup>7</sup> Este desenlace se presenta de la mano de apoyos y relaciones, vínculos que fueron retroalimentándose, lo que contribuyó a una articulación entre profesionales, servicios de salud, organizaciones sociales y mujeres.

Este tejido se sostuvo siempre desde el movimiento de mujeres. Las personas entrevistadas no dejan de reconocer su accionar histórico y la importancia de las organizaciones sociales y de los feminismos en la construcción de la agenda pública de la salud sexual y (no) reproductiva, que habilitó espacios dentro del Estado que empujaron también en este sentido, conformando un escenario multifacético sobre el cual se fueron afianzando los derechos sexuales y (no) reproductivos.

A todos nos ha quedado muy en claro que ha sido un éxito por parte de muchos actores, entre ellos creo que el más importante fue la sociedad femenina. Sinceramente, yo creo que es un logro del género femenino; nosotros un poquito hemos colaborado, cada uno desde su lugarcito y todos, creo que todos, desde el lugar que cada uno ocupa, pero fundamentalmente el movimiento feminista y creo que todas las provincias tienen agrupaciones y ONG... Creo que las

---

<sup>7</sup> Cabe desatacar el aporte de la marea verde, con el “Ni una menos”, y los paros internacionales que contribuyeron a la extensión de la demanda por el aborto en los sectores de la juventud.

redes... El inicio creo que saltó del género femenino y de todas las ONG que se fueron expresando a través de los años, que terminaron con todos los proyectos de ley que hubo, que quedaron algunos en el cajón por un tiempo. Todas las ONG de mujeres fueron creando redes, creo que esto es fundamental: las redes entre profesionales, la sociedad o determinadas partes de la sociedad. No quiero dejar afuera al Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, me sacó el sombrero por todo lo que tiene que ver con eso, tiene que ver con lo que es capacitación, apoyo, entrega de medicación, el respaldo en todo sentido. (Matías, 54 años, médico tocoginecólogo).

El movimiento feminista agenda una situación para la realización de un aborto no punible en el sistema de salud de Rosario y nadie tenía ni idea de qué estaban hablando esas mujeres. Tan es así que en ese momento la Secretaría de Salud Pública lo primero que hizo fue llamar a un juez para decirle qué podíamos hacer o cómo podemos solucionarlo, no con intención de no, pero digamos desde la ignorancia supina. Y ahí empezó un contacto más estrecho con las organizaciones de mujeres. Y ahí se nos entregó un primer borrador del protocolo de actuación ante situaciones de aborto no punible que era fantástico. Después podríamos decir que la primera guía de Nación, que salió en el 2007, tenía el contenido ese. Y a partir de ahí empezamos a estudiar y empezamos a desasnarnos. (Dante, 58 años, médico tocoginecólogo).

En este entramado existen redes que fortalecen, contienen, dan visibilidad a la temática del aborto y abonan en la construcción de legitimidad del involucramiento de estas y estos profesionales, estimulan su participación y los promueven e incentivan hacia un compromiso con la atención de la salud desde una perspectiva de género y derechos.

Yo creo que en primer lugar REDAAS [Red de Acceso al Aborto Seguro] es una espalda. Yo creo que había necesidad de tener espalda desde lo académico, desde lo político. Me parece que, en ese sentido, [era importante] tener algún soporte que no era solo el movimiento de mujeres, la militancia. Creo que como que esas cosas en la práctica médica inciden fuertemente, particularmente en algunos sectores, como que hay una parte y un sector que se va a alimentar de lo militante y con eso le va a alcanzar. Pero hay otra parte que requiere un sustento más, eso más vinculado a lo estructural, a la estructura de los ministerios, a la academia del conocimiento científico internacional, que necesita ir convenciéndose de esto y sentir que eso soporta. Eso te da un respaldo importante y yo creo que uno usaba esas herramientas, que jugaba con todo lo que tenía. (Valeria, 56 años, médica tocoginecóloga).



He participado durante algún tiempo [en REDAAS], es mucho más academicista a mi modo de ver, cumplen un rol importante porque se conectan con SOGIBA [Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires], con todos estos, pero en el terreno, sí, REDAAS me parece importante, los materiales que producen... He visto cómo han cambiado algunas personas ahí, personas, médicas que decían “no, yo no me aguanto los fetos de tanto tiempo cuando son los abortos de mucha edad gestacional”, y ahora los hacen. Utilizamos sus materiales, pero los generalistas en el terreno y en las provincias son los que sostienen los servicios. (Sara, 70 años, médica tocoginecóloga).

El siguiente testimonio resulta elocuente para comprender la dinámica que se puso en funcionamiento: “abriendo”, “empujando”, “ensanchando”.

Era hacer lo que había que hacer y hacer los máximos esfuerzos para garantizar lo que había que hacer. Creo que sí, la sensación de que uno iba convenciendo de a poco. Yo ahora me mato de risa. Por ejemplo, el jefe del servicio de hospital, yo le tengo un enorme respeto a él y él a mí, qué sé yo, no sé, nos matábamos. Abriendo, es como que yo tengo esa sensación, ¿viste?, de empujar; la sensación de tener como un borde de goma y es como ir empujando y se va ensanchando, ensanchando. Y después tenés momentos en los que se ensancha de golpe, así, porque pasó la marea. (Valeria, 56 años, médica tocoginecóloga).

La Red de Profesionales por el Derecho a Decidir es otro de los actores fundamentales. Los relatos de esas experiencias remarcan el efecto multiplicador de las mismas, una especie de encadenamiento espontáneo que fue creando una cadena de contagios.

Hemos tratado de hacer historia de cómo fueron los comienzos, 2005, 2006, esa primera red que se formó más o menos en el 2007, que la propone Católicas [por el Derecho a Decidir], con bastantes personas de distintas provincias. Una red que fueron un par de reuniones presenciales en Buenos Aires y después fueron *mails*, nada más que cadena de *mails*, pero importantes. Tomé contacto con un médico de Ipas e hicimos una primera capacitación. Nosotros seguimos con ese vínculo. Eso fue como un apoyo, una ayuda para que otros equipos de salud vayan haciendo un camino en las consejerías pre y post. (Amalia, 54 años, médica tocoginecóloga).

Los desenlaces son la culminación de las tramas, pero no en el sentido de un final. Son muchos los desafíos a futuro que fueron mencionados en las entrevistas: trabajar por la

implementación completa de la ley a lo largo y ancho del país, mantener lo conquistado, registrar la mifepristona, trabajar con la industria farmacéutica; capacitar profesionales, capacitar a las y los objetores para lograr su compromiso, cambiar los contenidos en la formación en medicina, denunciar situaciones contrarias al cumplimiento de la ley, trabajar en aspectos ligados al acceso y la calidad de la atención, incentivar (económicamente) a las y los profesionales comprometidos, fortalecer a los equipos, garantizar el acceso al aborto en el segundo trimestre y trabajar por la integralidad en la atención de la salud.

Estos desafíos atañen a una diversidad de dimensiones —recursos, formación, atención, acceso, entre otras—, lo que da cuenta de la complejidad del aborto y del modo en que atraviesa una multiplicidad de factores. Es este carácter complejo lo que permanentemente y de diferentes maneras se fue manifestando en las experiencias retratadas en las entrevistas, y es lo que han sabido encarnar estos profesionales y reinterpretar en sus trayectorias.

En el plano subjetivo, la temática del aborto ha significado enfrentar un abanico amplio de emociones verbalizado a través de una variedad de sentimientos:<sup>8</sup>



El registro del derrotero emocional permite tejer una trama peculiar que describe un camino que va y viene, desde lo más íntimo de un individuo a lo más general de un colectivo. El desenlace se inscribe en esta retroalimentación constante y permite una proyección futura.

<sup>8</sup> Estos sentimientos se presentan en una nube de palabras, creada con la herramienta Pro Word Cloud.

## A MODO DE CIERRE

El recorrido por las narrativas de las personas entrevistadas demuestra que tienen “pensamiento biográfico”: sus relatos parecieran fluir con facilidad, como si ya se los hubieran contado a ellos mismos. En ellos pueden distinguirse fácilmente tres niveles (Sautu, 2020):

- Un yo (nivel microsociales): definido desde una identidad profesional que se fue construyendo a partir de cambios y transformaciones en sus vínculos con la temática del aborto, pero que en muchos casos también se presenta en los relatos a partir de situaciones biográficas muy precisas (historias familiares, experiencias con situaciones de violencia, relaciones intergeneracionales, recorridos propios vinculados a las sexualidades y las diversidades).
- Vinculaciones interpersonales, grupales e institucionales (nivel mesosociales): el contexto común de este nivel es el sistema de salud en su expresión más compleja. Incluye los servicios de salud, las interacciones proveedor o proveedora-usuaria, relaciones interpersonales con colegas de esta y de otras disciplinas, las políticas y programas de salud, las pertenencias a distintas organizaciones. Este nivel se ve influido también por algunas transformaciones en los últimos años, especialmente en lo relativo al uso de medicamentos para provocar un aborto. La disponibilidad del misoprostol y su autoadministración por parte de las mujeres cambió su relación con la comunidad de profesionales de la salud, quienes también vieron modificadas sus prácticas (Faúndes y Miranda Arteaga, 2022).
- Un ciudadano o ciudadana de su tiempo, es decir, que vive inmerso o inmersa en un momento sociohistórico determinado (nivel macrosociales): este nivel se puso de relieve y se hizo presente desde la misma invitación a participar de las entrevistas.

Su identidad profesional se fue construyendo de manera espiralada: fue su relación con la temática del aborto lo que puso en funcionamiento una dinámica de crecimiento y autovaloración que cambió la propia percepción personal y les permitió ir más allá de su formación, de su ejercicio profesional. Se transformaron en el sentido más literal y profundo del prefijo *trans*: “detrás de, al otro lado de” o “a través de”. En este camino se perfiló un compromiso con una temática que reivindica su subjetividad, a la vez que fortalece su ejercicio público y político. Y el acto de relatar esta experiencia constituye una especie de rúbrica y de concientización de su propio camino.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bergallo, P., y Ramón Michel, A. (2009). El aborto no punible en el derecho argentino. CEDES, FEIM, IPPF. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3734>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Bourdieu, P. (2008). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Akal.
- Bourdieu, P. (2011). La ilusión biográfica. *Acta Sociológica* 1(56), 121-128. <https://doi.org/10.22201/fcpys.24484938e.2011.56.29460>
- Brown, J. L. (2008). Los derechos (no)reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. *Cadernos Pagu* 30, 269-300. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332008000100015>
- Burton, J. (2021). Los estudios sobre aborto en Argentina. Un estado de la cuestión. *Cadernos pagu* 63, e216314. <http://dx.doi.org/10.1590/18094449202100630014>
- Castro, R. (2010). Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. En R. Castro y A. López Gómez (Eds.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional* (pp. 49-72). Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología-Universidad de la República; Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Disponible en: <https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/download/131/36/295-1?inline=1>. Consultado el 25 de septiembre 2024.
- Castro Vásquez, M. C. (2011). Habitus lingüístico y derecho a la información en el campo médico. *Revista Mexicana de Sociología* 73 (2), 231-259. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-25032011000200002](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032011000200002)
- Faúndes, A., y Miranda Arteaga, L. (2022). Automedicación para la interrupción voluntaria del embarazo en México y América Latina. En G. Sánchez Ramírez y S. Veldhuis (Coord.), *Realidades y retos del aborto con medicamentos en México* (pp. 29-40). El Colegio de la Frontera Sur. Disponible en: [https://ecosur.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1017/2212/1/61331\\_Documento.pdf](https://ecosur.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1017/2212/1/61331_Documento.pdf). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Isla, V., y Ariza Navarrete, S. (2023). La interrupción del embarazo como derecho y política de Estado. En M. J. Lubertino Beltrán (Comp.), *Los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, incluido el derecho al aborto, como derechos humanos y derechos personalísimos* (pp. 347-367). Eudeba.
- Juanola van Keizerswaard, L., De Vries, I., Moran, N., Poorter, S., Kok, M., Zamberlin, N., Kim, S.,

- Favier, M., y Chavkin, W. (2024). The role of healthcare providers in expanding legal abortion: Qualitative insights from Argentina, Ireland, and South Korea. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 164(S1), 21-30. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15333>
- Luke, H. (2007). *Medical Education and Sociology of Medical Habitus: "It's not about the Stethoscope!"*. Springer.
- Meccia, E. (2020). Introducción: Una ventana al mundo. Investigar biografías y sociedad. En E. Meccia (Dir.), *Biografías y sociedad. Métodos y perspectivas* (pp. 25-62). Ediciones UNL, Eudeba.
- Ramón Michel, A., y Ariza, S. (2018). *La legalidad del aborto en la Argentina*. ELA, CEDES, REDAAS. Disponible en: <https://cotser.org.ar/wp-content/uploads/2018/11/129-LEGALIDAD-DEL-ABORTO-ARM-y-SA-1.pdf>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero, M., y Szulik, D. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?* CEDES. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4385>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Rosenberg, M. (2023). Ley Nacional 27610. La construcción de un hito histórico: el papel de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. En M. J. Lubertino (Comp.), *Los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, incluido el derecho al aborto, como derechos humanos y derechos personalísimos* (pp. 335-346). Eudeba.
- Ruibal, A. (2023). *Aborto en la Argentina. Ampliación del movimiento marea verde y legalización*. Disponible en: <https://fosfeminista.org/wp-content/uploads/2023/05/Fos-Feminista-Policy-Brief-Argentina-ESP-v5.pdf>. Última actualización: 6 de junio de 2023. Consultado el 13 de marzo de 2024.
- Sautu, R., Damiani, S., González, D., López, N. A., y Rossi, C. (2020). La interpretación subjetiva de la historia: las perspectivas macro, meso y microsociales en la investigación biográfica. En E. Meccia (Dir.), *Biografías y sociedad. Métodos y perspectivas* (pp. 331-351). Ediciones UNL, Eudeba.
- Szulik, D., Gogna, M., Petracci, M., Ramos, S., y Romero, M. (2008). Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos. *Salud Pública de México* 50(1), 32-39. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000100009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000100009). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Szulik, D., y Zamberlin, N. (2017). Trayectorias profesionales de médicos y médicas proveedores de interrupción legal del embarazo en Argentina. *Boletín de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG)* 5(3). Disponible en: [ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/76328/CONICET\\_Digital\\_Nro.d09e32b8-28c3-4b54-a171-d5bb37a18aa0\\_X.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/76328/CONICET_Digital_Nro.d09e32b8-28c3-4b54-a171-d5bb37a18aa0_X.pdf?sequence=5&isAllowed=y). Consultado el 25 de septiembre de 2024.

- Mazur, V. (Coord.). (2023). *Trayectoria de la Federación Argentina de Medicina General en la lucha por los derechos de salud sexual y reproductiva en la Argentina*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES. Disponible en: [https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/famg\\_generalistas.pdf](https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/famg_generalistas.pdf). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Serna, S., Cárdenas, R., y Zamberlin, N. (2019). ¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia. *Sexualidad, Salud y Sociedad* 33, 137-157. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sess/a/By3q4CZDGfM-33g7wWhXgdyC/>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.



## 9. "A pesar de que sí me siento sola, me dan ganas de seguir".

### Experiencias de médicas pro derecho a decidir en México

SUZANNE VELDHIJS, GEORGINA SÁNCHEZ RAMÍREZ,  
ANGÉLICA AREMY EVANGELISTA GARCÍA, BLAIR G. DARNEY

#### RESUMEN

El estigma del aborto afecta a toda persona involucrada y es una barrera importante para el acceso a este procedimiento. En este estudio cualitativo exploramos las experiencias de médicas, tanto proveedoras como defensoras, en relación con su identidad "pro derecho a decidir" en México. Utilizamos la etnografía feminista con el enfoque interseccional propuesta por Rodó-Zárate, que parte de las emociones como indicadores de las desigualdades o privilegios sociales que colocan a las personas en posiciones diversas de opresión y privilegio dependiendo del espacio. Realizamos entrevistas a veinticuatro integrantes de la Red de Médicas por el Derecho a Decidir [la Red] procedentes de ocho entidades: Baja California, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Hidalgo, Guanajuato, Sinaloa y Veracruz. Describimos lo que reciben (violencia, aceptación, apoyo), sienten (malestares, bienestares) y cómo actúan (expresarse, renunciar, sensibilizar) en el espacio laboral, el círculo social y la Red. Encontramos que el ser pro derecho a decidir las afecta negativamente, independiente de si son proveedoras de aborto o no, y que sus experiencias son influidas por otras condiciones que las atraviesan, como el género y la orientación sexual. Identificamos estrategias de resiliencia ante el estigma como la sensibilización de personas, el evitar la divulgación, y la renuncia o reducción del círculo social. Los espacios dedicados al aborto brindan seguridad a las proveedoras dentro de contextos laborales mayoritariamente violentos. La Red es un lugar donde las médicas encuentran apoyo, pertenencia y fortalecimiento de su actuar por el cambio social. Es urgente un cambio social para eliminar el estigma del aborto y crear políticas públicas con enfoque de género y salud que protejan y respalden al personal médico pro derecho a decidir.



**Palabras clave:** aborto, emociones, estigma, etnografía feminista, interseccionalidad, personal médico

## INTRODUCCIÓN

En México, el acceso al aborto legal es limitado a pesar de recientes cambios legislativos y jurídicos que abren el camino para la despenalización en los estados y a nivel federal (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2021, 2023).<sup>1</sup> Sin embargo, hasta la fecha el aborto en el primer trimestre ha sido despenalizado en diecinueve de los 32 estados mexicanos. En los demás, está disponible únicamente bajo causales legales limitadas o implementadas irregularmente, como en el caso de embarazos resultado de violación, riesgo para la vida o salud, o en caso de malformaciones congénitas, entre otros y dependiendo de la legislación en cada estado (GIRE, 2017; Küng *et al.*, 2018). El acceso al aborto después del primer trimestre es difícil en todo el país (Alexander *et al.*, 2019). La legalidad del aborto influye en la opinión pública y de profesionales de la salud (Ramos *et al.*, 2014; Holcombe *et al.*, 2015; Fernández Vázquez y Brown, 2019), y en México sigue estando altamente estigmatizado tanto para quienes abortan como para quienes brindan los servicios para ello (Silva *et al.*, 2009; Sorhaindo *et al.*, 2014; Küng *et al.*, 2021).

El estigma del aborto afecta a toda persona involucrada y es una de las barreras más importantes para el acceso a interrupciones seguras. Es definido como “un atributo negativo asignado a las mujeres que buscan terminar un embarazo que las marca interna y externamente como inferiores al ideal de la mujer” (Kumar *et al.*, 2009, p. 4), ya que desafía la creencia de que las mujeres deben ser madres, que su sexualidad existe únicamente para la procreación y que la mujer es una cuidadora por naturaleza. El estigma y la discriminación no solo operan a nivel individual, sino que son herramientas utilizadas para legitimar y mantener estructuras de poder e inequidad social. Esto significa que combatir el estigma es luchar en contra de un sistema hegemónico, lo que explica por qué es tan común que las personas normalicen o internalicen el estigma y la discriminación (Parker y Aggleton, 2007).

---

<sup>1</sup> Estas resoluciones de la Suprema Corte han generado confusión al pensarse que ya está disponible el aborto legal por decisión en todo México. Esto no es así, ya que queda pendiente que el delito de aborto salga de los códigos penales de todos los estados y del Código Penal Federal.

Históricamente, la provisión de servicios de aborto ha sido considerada como “trabajo sucio”, provocando estereotipos negativos y estigmatización sobre quienes proveen el servicio. La identidad de estas personas está conectada al aborto y la exposición a estigmatización puede ser continua, lo cual se reconoce como una barrera estructural y ha sido documentado ampliamente en la literatura anglosajona (Harris *et al.*, 2011; Norris *et al.*, 2011; O’Donnell *et al.*, 2011; Doran y Nancarrow, 2015; Aniteye *et al.*, 2016; Sorhaindo y Lavelanet, 2022).

El estigma influye en si divulgan o no su trabajo como proveedoras de aborto, ya que hacerlo puede llegar a afectar su seguridad e inclusive sus relaciones personales, y si lo esconden puede resultar en aislamiento y desconexión. Personal de salud también reportó que se siente afectado en su legitimidad, se siente juzgado y percibido como deficiente tanto moral como técnicamente (Harris *et al.*, 2013). Además, el estigma contribuye a sentir estrés y *burnout*, y a dificultar relaciones entre colegas. Todo ello puede resultar en que personal médico capacitado decida no proveer dichos servicios, se limite a servicios específicos o alegue objeción de conciencia (Freedman *et al.*, 2010; Norris *et al.*, 2011; Martin *et al.*, 2014; Faúndes y Miranda, 2017). El estigma puede resultar inclusive en violencia física hacia personal de salud (NAF, 2018).

En Latinoamérica, las investigaciones sobre estigmatización de personal médico son escasas (De Zordo y Mishtal, 2011; Cockrill *et al.*, 2013; Vivas *et al.*, 2016; Drovetta, 2018). En México, un trabajo realizado entre personal de salud encontró que el miedo a ser estigmatizado influye en que se alegue objeción de conciencia, y quienes sí dan el servicio pueden ser etiquetados negativamente por sus propios colegas (Küng *et al.*, 2021), por lo que hacen falta más estudios entre quienes prestan el servicio de aborto para documentar las experiencias de estigma, discriminación y violencia.

Personal médico puede facilitar el acceso al aborto seguro no solamente como proveedor sino también como defensor de este (Gasman *et al.*, 2006). Esto va más allá de ayudar a pacientes individuales a obtener los servicios que necesitan por medio de la promoción de cambios sociales, económicos, educativos y políticos, incluyendo la normalización y sensibilización entre el gremio médico (Maxwell, 2021). Reportes recientes publicados por organizaciones de la sociedad civil describen que tanto personal de salud como personas defensoras del derecho a decidir están expuestas a violencia, estigmatización y discriminación (Ipas CAM/safe2choose, 2021; Amnesty International, 2023), sin embargo, se desconoce la experiencia específica de médicas y médicos que no prestan servicios, pero sí accionan como defensores (Norris *et al.*, 2011).

En este estudio, entendemos el “ser proderecho a decidir” como un eje de desigualdad, ya que tener un posicionamiento político no hegemónico puede ser fuente de opresión, discriminación y estigmatización (Rodó-Zárate, 2021). Esta identidad estigmatizada, además, suele ser “escondida”, es decir, no se conoce hasta que es expresada, lo que significa que las personas no solamente viven con el estigma en sí, sino también con la anticipación y el miedo de ser estigmatizadas al momento de que su identidad se revele (Norris *et al.*, 2011).

Por lo tanto, en esta investigación exploramos la experiencia subjetiva de médicas proveedoras y/o defensoras en relación con su ser pro derecho a decidir en México.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### PROPUESTA METODOLÓGICA

Para este estudio cualitativo utilizamos un enfoque de etnografía feminista, partiendo de la premisa de que las participantes son creadoras de conocimiento científico que respalda el cambio positivo para las mujeres o el grupo subalterno al que pertenecen (Castañeda Salgado, 2012), en este caso para apoyar el acceso universal al aborto seguro. Además, utilizamos un abordaje interseccional, que permite “mirar siempre cómo una discriminación o desigualdad está configurada por múltiples ejes, evitando así hacer análisis simplistas que solo tengan en cuenta un eje de desigualdad y abriendo la puerta a la complejidad” (Rodó-Zárate, 2021, p. 32).

García y Veldhuis propusieron utilizar la propuesta conceptual de la geografía feminista de la interseccionalidad de Rodó-Zárate (2021) para el abordaje teórico-metodológico. Esta autora parte de las emociones como indicadores de las desigualdades o privilegios sociales que colocan a las personas en posiciones diversas de opresión y privilegio dependiendo del espacio. Las entiende como puente entre lo individual y lo estructural, “ya que pueden mostrar los efectos cambiantes que las estructuras tienen sobre los cuerpos concretos” (Rodó-Zárate, 2021, p. 114). El partir de los bienestar (sistémicos/sistemáticos, normalizantes, de alivio) y malestares (sistémicos/sistemáticos, circunstanciales, éticos) expresados por las participantes nos permitió explorar sus experiencias subjetivas y al mismo tiempo identificar las condiciones sociales que influyen en ellas (Amuchástegui y Evangelista, 2022).

Además, Rodó-Zárate (2021) afirma que “las relaciones interseccionales están también constituidas por el espacio y [...] el espacio está al mismo tiempo constituido por estas

relaciones”, es decir, el espacio no solamente es donde “ocurre” la interseccionalidad, sino también influye en ella (Rodó-Zárate, 2021, p. 69). Por lo tanto, exploramos los sentires de las participantes en cuatro espacios: el trabajo, las amistades, la familia y la Red de Médicas por el Derecho a Decidir-México (en adelante: la Red).

## CONTEXTO

La creación de la Red en julio de 2021 permitió el acercamiento con las participantes. Al momento de la investigación, la Red estaba formada por más de ochenta integrantes de veinticuatro estados mexicanos, en contacto principalmente de forma virtual. Todas las integrantes de la Red se identifican como pro derecho a decidir, mujeres, y son médicas proveedoras de aborto, defensoras o ambas. Este estudio se basa en una investigación mayor centrada únicamente en Baja California, CDMX y Chiapas. Sin embargo, para poder llegar a una mejor representación de las experiencias de médicas a lo largo del país, decidimos invitar también a participantes de otros estados diversos en cuanto a contextos legislativos, socioculturales y políticos. Por lo tanto, las participantes de este estudio procedieron de ocho estados mexicanos: Chiapas, Chihuahua y Guanajuato, en donde el aborto estaba permitido únicamente bajo causales legales restrictivas; Sinaloa, Baja California, Veracruz e Hidalgo, donde el aborto fue despenalizado a lo largo de los últimos dos años y la implementación de servicios dentro del sector público se encuentra en diversos procesos; y, por último, la Ciudad de México (CDMX), la única entidad donde existe un programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) desde 2007, aunque inclusive en este contexto legal siguen existiendo barreras de acceso al aborto en contextos clínicos (Díaz Olavarrieta *et al.*, 2020; Veldhuis *et al.*, 2022).

El panorama de la provisión de servicios de aborto en México es complejo. En la CDMX se brindan servicios de aborto gratuitos por solicitud en el sector público en las clínicas de ILE desde el 2007. En las demás entidades, a partir de 2021, se han creado Servicios de Aborto Seguro (SAS) gratuitos a través de módulos con personal capacitado y sensibilizado dentro de hospitales o centros de salud públicos.

Los SAS son ofrecidos según el marco legal vigente de cada entidad federativa, incluyen la atención de abortos espontáneos y ofrecen tratamientos con aspiración manual endouterino (AMEU) y/o con medicamentos (CNEGSR, 2022). Desde antes de 2021, existen programas estatales para la atención de víctimas de violencia que coordinan la atención de interrupción en caso de violación bajo la NOM-046; cualquier unidad médica dentro del sistema público de salud nacional puede brindar servicios de aborto según

el marco legal vigente, y tiene la obligación de hacerlo en caso de violación o referir en caso de no contar con personal capacitado e insumos (DOF, 2016). Adicionalmente, se brindan servicios de aborto privados (no siempre seguros) en consultorios o clínicas especializadas en servicios de salud sexual y reproductiva o a través de organizaciones de la sociedad civil en todas las entidades del país (Schiavon *et al.*, 2010; Juárez *et al.*, 2019). Tanto personal médico general como ginecobstetras pueden brindar servicios de aborto (CNEGSR, 2022).

## RECOLECCIÓN DE DATOS

Reunimos a médicas integrantes de la Red por medio de una selección no probabilística para llegar a un universo de estudio lo más diverso posible, hasta lograr la saturación teórica (Strauss y Corbin, 2002).

La autora principal, S. Veldhuis, es cofundadora de la Red, de lo que todas las participantes del estudio estaban enteradas. Esto permitió crear confianza y facilitó el intercambio horizontal. El conocimiento interno de S. Veldhuis permitió asegurar una muestra diversa al reclutar médicas de diversos estados, del sector público y privado, y de diferentes especialidades, edades y orígenes. También nos aseguramos de incluir miembros con una trayectoria más larga dentro de la Red, así como nuevas integrantes. Dimos una explicación del propósito del estudio, y todas las médicas contactadas aceptaron participar y proporcionaron su consentimiento informado por escrito.

S. Veldhuis desarrolló la guía de entrevista, que se adaptó ligeramente después de realizar las primeras once entrevistas semiestructuradas. La guía de entrevista se enfocó en las experiencias subjetivas de las médicas en relación con su identidad como “pro derecho a decidir”<sup>2</sup> en cuatro diferentes espacios: en el trabajo, con las amistades, en la familia y en la Red a través de la pregunta “Cómo te has sentido por ser pro derecho a decidir en...”. Adicionalmente, exploramos el haberse sentido discriminadas o estigmatizadas, y si se expresaban como pro derecho a decidir o no en estos espacios. Entre abril y julio de 2022, S. Veldhuis realizó veinticuatro entrevistas semiestructuradas con una duración de 45 a 90 minutos. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas.

Garantizamos la calidad de los datos al discutirlos con G. Sánchez Ramírez, especialista en investigación feminista en salud con perspectiva de género, y con B. G. Darney,

---

<sup>2</sup> Con “pro derecho a decidir” nos referimos a un rango de posicionamientos que incluye, pero no está limitado a, el estar a favor del aborto, reconocer y defender el acceso al aborto seguro como un derecho humano y la autonomía para decidir sobre el cuerpo y la reproducción.

especialista en investigación sobre aborto en México. Llegamos a la saturación de datos después de veinticuatro entrevistas; seis en Baja California, siete en la CDMX, seis en Chiapas y una de cada una de las siguientes entidades: Chihuahua, Guanajuato, Hidalgo, Veracruz y Sinaloa.

## ANÁLISIS DE DATOS

La etnografía feminista reconoce explícitamente la postura de las investigadoras. En nuestro caso, estamos comprometidas con generar y difundir conocimiento que apoye el acceso universal al aborto seguro y el conocimiento con evidencia científica sobre la salud de las mujeres y otras personas con posibilidad de gestar. Esto nos llevó a la creación de los temas de análisis: “expresarse” como pro derecho a decidir y “sentir”, con los subtemas “malestares” y “bienestares”, en relación con los cuatro espacios. Realizamos una codificación abierta, conglomeramos y adaptamos los códigos y categorías e identificamos nuevos temas y subtemas emergentes a lo largo de la investigación y el análisis (Strauss y Corbin, 2002). Utilizamos software Atlas Ti® para la organización de los datos.

## RESULTADOS

Las veinticuatro participantes se identificaron como mujeres pro derecho a decidir y eran integrantes de la Red. Tenían una edad promedio de 36 años (rango 27-66). La mayoría eran médicas generales, aunque participaron cuatro ginecólogas, dos anesthesiólogas y una gastropediatra. Dos tercios de las participantes brindaban servicios de aborto al momento de la entrevista en el sector público, privado o ambos (Tabla 1). Tres médicas no brindaban servicios al momento de la entrevista, pero tenían experiencia previa como proveedoras de aborto en el sector público. Tres médicas nunca habían realizado o acompañado un aborto, aunque refirieron interés en hacerlo. Cuatro médicas refirieron acompañar abortos y/o brindar apoyo a acompañantes<sup>3</sup> fuera de sus espacios laborales.

Dentro del tema “sentir”, definido a priori, emergieron las emociones referidas por las participantes dentro los subtemas “malestares” (sentirse sola, triste, enojada, frustrada, cansada o con miedo) y “bienestares” (“no me hace nada”, pertenencia, sentirse orgullosa, bien, satisfecha, aceptada, apoyada, respaldada).

---

<sup>3</sup> Las acompañantes son activistas feministas que brindan información y acompañamiento a personas que autogestionan el aborto con medicamentos fuera de espacios clínicos.

**Tabla 1. Participantes médicas pro derecho a decidir de la Red, 2023. N = 24**

Edad media (rango)	36 (27–66)
Católica	13 (54%)
En una relación	9 (38%)
Hijos/as	11 (46%)
Tiempo medio en la Red en meses (rango)	9 (1–11)
<b>Tipo de médica</b>	
General	17 (70%)
Ginecóloga	4 (20%)
Otra	3 (10%)
Proveedora de aborto	16 (67%)
<b>Espacio laboral</b>	
Sector público	5 (21%)
Encargada SAS	4
Servicios generales, aborto incidentalmente	2
Servicios generales, no provee servicios de aborto	3
Anestesia de procedimientos de aborto	2
Sector privado/ONG	13 (54%)
Clínica de aborto	3
Consultorio, aborto incidentalmente	8
Consultorio, no provee servicios de aborto	6
Anestesia de procedimientos de aborto	2
Ambos*	6 (25%)
* Es común que personal médico trabaje en ambos sectores. Seis de las participantes (tres ginecólogas, las dos anesthesiólogas y una médica general) trabajaron tanto en el sector público como en el privado.	

Las participantes describieron sus experiencias más allá de sus emociones, lo que nos llevó a identificar dos temas emergentes: “recibir” y “actuar”. Dentro del tema “recibir”, creamos los subtemas “apoyo”, “aceptación” y “violencia”. Entendemos la violencia en el más amplio sentido como un rango de acciones intencionales que causan algún tipo de

daño (OPS, 2020), lo que incluye la violencia emocional, laboral, simbólica y estructural, entre otras. Consideramos la estigmatización y discriminación tanto como formas específicas de violencia como causas de la misma (Evangelista-García *et al.*, 2016; Macassa *et al.*, 2021). En el caso de la Red identificamos tres tipos de apoyo concreto: el poder canalizar casos, aprender y no estar sola.

Por último, las participantes describieron su “actuar” e identificamos estrategias de resiliencia ante los malestares derivados de su identidad como pro derecho a decidir. En este tema acomodamos el subtema “expresarse”, y creamos los subtemas emergentes “sensibilizar” y “renunciar”.

Juntamos las categorías “familia” y “amistad” dentro de la categoría “círculo social” para simplificar la presentación de los resultados. Para proteger la identidad de las participantes no especificamos el lugar de origen de las médicas en las citas textuales.

## ESPACIO LABORAL

### Recibir

Todas las participantes describieron haber vivido violencia por ser pro derecho a decidir en el espacio laboral. No siempre se refirieron al trabajo actual, sino que describieron experiencias ocurridas en algún momento a lo largo de su carrera. La mayoría de las violencias ocurrieron en las unidades médicas generales del sector público, es decir, en espacios no dedicados específicamente a la atención del aborto: “Mis compañeros no están de acuerdo. Cuando, por ejemplo, una paciente te dice: ‘doctora, ¿me puede apoyar?’, rápido ellos: ‘pero ¡cómo!’, y te ven como si fueras a hacer algo horrible” (M., médica general, 39 años). En estos espacios, también las médicas que no prestaron servicios de aborto vivían violencia por su postura pro derecho a decidir: “Me decían *feminazi* [...]. Es muy muy muy difícil, ¿sabes?, porque no tengo un apoyo” (E., médica general, 32 años).

En contraste, las médicas que se dedicaron específicamente a los servicios de aborto, tanto en sector público como privado, expresaron recibir apoyo y aceptación de sus colegas cercanas, aunque frecuentemente esto ocurría simultáneamente con violencia por parte de otras personas dentro el mismo espacio laboral, como se puede ver en el siguiente testimonio:

Soy la encargada del proyecto de Aborto Seguro y como está teniendo cada vez más fuerza y más apoyo a nivel estado, me siento protegida [...]. He recibido mucho apoyo de ellas, tanto de las encargadas a nivel estatal como del hospital, y entonces ahora me siento más libre y con menos miedo de poder hacerlo, todo eso me ha dado tranquilidad. [...] En el hospital me tachan



como la doctora que hace aborto [...], como que nosotras no tendríamos que estar quitando la vida si la estamos protegiendo. Es difícil luchar con muchos estigmas que hay [...], he sido muy juzgada por otras colegas. (T., ginecóloga, 34 años).

Llama la atención que la violencia ocurría también en contextos de legalidad. Una médica de la CDMX refirió que sus superiores, en un hospital público, la amenazaron cuando quiso hacer un aborto voluntario:

Personas de administración y directivos querían hablar conmigo y me dicen: “[en esta institución] ya habíamos acordado que no se iban a hacer interrupciones porque [la institución] está a favor de la vida” y que no puedo hacer eso, que si lo quiero hacer afuera es mi problema. Entonces ya con un montón de personas, yo señalada, juzgada y además regañada, además como criminalizada [...], entonces en ese momento tuve miedo, aunque sabía que lo que estaba haciendo era legal. (T., ginecóloga, 36 años).

En otros relatos, surgieron específicamente el internado y la residencia médica como espacios jerárquicos en donde las médicas sufrieron múltiples violencias, tanto de sus pares como por parte de sus superiores, lo cual se evidencia en este testimonio de la misma médica, quien compartió su experiencia de la residencia de ginecobstetricia:

Fueron todos, desde mis compañeros de mi misma generación... Había uno de ellos que me decía *feminazi*... Porque éramos de la misma generación podía pasar la línea del respeto y atacarme directamente. Los que estaban más arriba aun eran más violentos y sí hubo muchas veces que me dejaron sin hacer procedimientos o castigada. (T., ginecóloga, 36 años).

La lista de agravios mencionados por las participantes es larga, desde recibir comentarios negativos, burlas, críticas, *bullying*, juicios, ataques, señalamientos y rechazo, hasta el cuestionamiento del manejo médico. La violencia no solamente fue ejercida por pares o superiores, sino también por parte de personal de enfermería, administrativo o promotores de salud:

Me acompañaban unos promotores de salud [...] y en una de las interrupciones, como ellos no estaban de acuerdo, no me ayudaron en nada y casi que me estaban echando sal,<sup>4</sup> pero yo sí

---

<sup>4</sup> “Echar la sal” es una expresión coloquial en México que se refiere al desearle mala suerte a alguien.

les pedía: “¿me ayudas con esto?, ¿me ayudas a tomar la presión?”, y no. Y luego de eso, el feto lo enterré en la clínica, entonces el promotor me estuvo diciendo que le pusieron una cruz, así como queriendo atormentar. (N., médica general, 27 años).

Algunas participantes describieron que el ser pro derecho a decidir afectó a sus carreras. Una médica trabajaba como maestra en una universidad y cuando los padres de una alumna se quejaron sobre su discurso pro derecho la amenazaron con despedirla. Otra médica compartió que sentía que no fue considerada para un puesto laboral en el sector público por tener en su currículum experiencia como proveedora de aborto.

Las médicas que trabajaban en unidades médicas de aborto, tanto públicas como privadas, describieron la presencia de personas antiderechos<sup>5</sup> fuera de las clínicas, quienes obstaculizaron el acceso tanto al personal como las personas usuarias a través de una serie de prácticas violentas:

Literal, te aventaban agua bendita, ni sé cómo se llama, es como una cuchara y te arrojaban y hacían misa toda la mañana [...], un buen de gente [...], se ponían ahí en la banquetita. Tú pasabas y como que te iban exorcizando, ¿no?: “Doctora, recuerde su juramento”. (B., médica general, 33 años).

Es importante resaltar que varias médicas refirieron que la violencia solía ser agravada por otros ejes de desigualdad, es decir, que en ocasiones se les hizo difícil distinguir si la violencia era resultado únicamente de ser pro derecho a decidir porque se mezclaba con otras condiciones, como ser mujer, ser joven, ser feminista, ser activista, ser lesbiana o inclusive por su apariencia. Una médica que trabajaba como coordinadora del programa de violencia en un estado conservador comentó:

El que era una mujer pequeñita, que se ve más chica de lo que es, con rastas, con tatuajes, perforada, entonces también eso generaba mucho repele, ¿no? [...] Allá afuera hay gente que dice “[ella] es lo peor del mundo” [...]. Sí me sentí muy discriminada, muy atacada y no solo por ser pro derechos, no, me he sentido discriminada por ser una mujer lesbiana feminista pro derechos. (K., médica general, 30 años).

---

<sup>5</sup> “Antiderechos” es toda persona de ideología conservadora que no considera los derechos humanos individuales ni el respeto de las mujeres y otras personas con posibilidad de gestar a decidir sobre su cuerpo; comúnmente se autodefinen como “provida”.

## Sentir

Es muy claro que la mayoría de los malestares que describieron las participantes son sistémicos, es decir, derivados de la identidad “pro derecho a decidir”. Emociones como el sentirse solas, tristes, rechazadas e inclusive frustradas y obstaculizadas “están relacionados con posiciones de opresión en algún sistema y/o que se dan de forma recurrente en los lugares de la vida cotidiana [...], no son solo el efecto de relaciones sociales de desigualdad, sino que son también productores de desigualdades, ya que limitan, restringen o niegan el uso, el acceso, la participación o el disfrute en ciertos espacios de la vida cotidiana” (Rodó-Zárate, 2021, pp. 108-109).

Sin embargo, específicamente las que trabajaban en el sector público especificaron otros malestares de carácter ético, como el sentirse frustradas o enojadas por enfrentarse con objetores de conciencia, el no poder garantizar el derecho a decidir o prestar el servicio, el sentirse parte de un sistema violento o el sentir que eran las únicas a quienes les importaban las mujeres: “Me da impotencia, tristeza, desesperación, enojo [...] el saber [...] que no se les garantice a las mujeres su derecho a interrupción del embarazo siendo una ciudad en donde está permitido y que está legal” (T., ginecóloga, 36 años).

Estos malestares éticos “no están vinculados a la propia posición de opresión/privilegio en las estructuras sociales, sino que surgen de la conciencia política, de la ideología o de la empatía [...], [y] pueden terminar llevando a la acción y a la transformación social” (Rodó-Zárate, 2021, p. 110), como también se puede observar en el siguiente testimonio:

Es muy difícil en el trabajo que la mayoría, no que sea provida, sino que sea gente que ni siquiera pueda ponerse en los zapatos de otras personas. Es muy difícil no tener a un colega que te diga: “Oye, ¡yo te apoyo!” [...] A pesar de que sí me siento sola, de que no hay alguien que comparta las mismas ideas, eso no me agüita, eso no me pone triste, no digo “¡ay, pues ya no voy a pensar igual!”, no, al contrario: me dan más ganas de seguir. (E., médica general, 32 años).

Como resultado de la violencia, algunas médicas que trabajaban en el sector público refirieron haber desarrollado problemas de salud mental y que se sintieron muy cansadas por el trabajo como proveedoras. Otras participantes mencionaron haber sentido miedo por no saber si eran capaces de acompañar a un aborto seguro, por falta de conocimiento o experiencia, por perder su trabajo o por el riesgo social. Algunas no se habían animado o inclusive dejaron de brindar servicios de aborto por estas razones. Una médica que abrió un consultorio privado en un estado conservador mencionó que sentía miedo de que

“llegara un novio violento, familiares, o sea, no. Sí es un riesgo [...], está bien complicada. Lanzarme a este tema yo sola, sin seguridad, ahorita no” (T., médica general, 28 años).

Las médicas que sí recibían apoyo de sus colegas refirieron el bienestar de sentirse respaldadas, especialmente en los espacios del sector público dedicados a los servicios de aborto, ya que solían contar con un equipo sensibilizado y capacitado con quienes compartían el trabajo. Varias entrevistadas describieron el ser pro derecho a decidir como parte de su identidad, y que esto las llenaba de satisfacción:

Creo que es mi esencia porque si no fuera así, una sería falsa, y no me sentiría satisfecha con lo que hago. Es como cuando te dicen “gracias por salvarme”, como cuando ayudas a una persona que tiene un paro respiratorio. Yo siento así. (M., médica general, 39 años).

Las participantes refirieron sentirse orgullosas por luchar por los derechos humanos y apoyar a las mujeres, y mencionaron que para ellas el ser pro derecho a decidir significaba luchar por la libertad y la autonomía, además de que les permitía vincularse con otras y ser parte del cambio.

Para mí es un orgullo, me siento muy poderosa con este discurso de “mi cuerpo, mi decisión” [...]. Me he convertido en un lugar seguro para otras compañeras [...], es lo que me gusta, yo feliz de poder ser un personaje en la lucha. (K., médica general, 30 años).

Llama la atención que varias participantes mencionaron que la violencia no las afectaba, que se sentían bien a pesar de eso. Algunas inclusive comentaron que nunca se habían sentido discriminadas, lo que contrasta con las descripciones de sus experiencias al indagar sobre los espacios específicos. Estos se pueden considerar como bienestar normalizantes, que son “emociones vinculadas con el bienestar, pero como una consecuencia de una normalización de la discriminación” (Rodó-Zárate, 2021, p. 112). El decir, que “no me hace nada” funciona como un mecanismo de resiliencia, como se puede observar en el siguiente testimonio sobre la presencia de personas antiderechos fuera de espacio laboral:

La ventana de la oficina daba hacia la calle y escuchaba todos los rezos. Las primeras veces era “¿qué está pasando?” y te saca de onda, pero ya después haces caso omiso, ¿no? No era algo que me afectara en realidad. (E., médica general, 39 años).

## Actuar

El expresarse o no como pro derecho a decidir era una decisión que atravesaba a todas las participantes, fuesen proveedoras o no. Así como había médicas que refirieron defender su postura en todas partes, había otras que mencionaron que nadie sabía que eran pro derecho a decidir, porque el costo sería demasiado alto. Nuevamente nos damos cuenta de que esta decisión estaba atravesada por múltiples ejes de desigualdad. Una médica de 66 años compartió que al terminar la residencia médica fue la primera mujer ginecóloga en la ciudad, por lo cual sufrió mucha violencia en el hospital público donde trabajaba. Al final renunció y terminó dedicándose a la medicina privada: “Se me echaron encima todos los hombres y toda la vida he estado luchando por demostrar que soy ginecóloga, que puedo operar... he sido atacada por ser mujer” (F., ginecóloga, 66 años). Esta experiencia le enseñó que el “no ser una persona *normal*” es peligroso, lo que resultó en que ella no habla con nadie sobre su posicionamiento a favor del aborto. Para ella era la única forma de protegerse:

Aquí nadie [sabe]. Tienes que tener cuidado, porque en cualquier momento te salta la liebre. No puedes hablar todavía aquí [...], me van a hacer pedazos [...]. Me cuido de la política, me cuido de la religión y me cuido de este tema. Para no meterme en problemas, porque aquí hay mucho fanático. [No he vivido nada de violencia] porque no saben. Si no, me linchan. (F., ginecóloga, 66 años).

Algunas participantes contaron que no fue decisión propia no expresarse como pro derecho a decidir en su espacio laboral porque sus superiores no les permitían hablar del tema o promover los servicios. Varias de las participantes refirieron haber desarrollado estrategias alternativas en el trabajo para poder garantizar el acceso sin exponerse, a escondidas. En estos testimonios destaca que tanto el contexto legal como el estigma son razones para evitar expresarse:

Como está la enfermera no puedo decirles que les puedo ayudar, porque es entrar en conflicto, y como no está legalizado... entonces les digo: “No hay nada que podamos hacer, pero ahorita vemos”, y le mando a hacer algún mandado a la enfermera y aprovecho para decirles: “No se preocupe, yo la voy a ayudar, pero hablamos al ratito”. Y me contacto con ellas después por un pasillo y abiertamente les digo que sí puedo ayudar. (M., médica general, 39 años).

La mayoría de las participantes, tanto las proveedoras como las que no brindaban servicios, principalmente dentro del sector público, refirieron sensibilizar a sus pares, y que la sensibilización ha dado frutos, ya que con el tiempo han percibido mayor aceptación y cambio de actitud en sus colegas: “A lo mejor pues no puedes impactar al cien por ciento, pero creo que es lo que he hecho: tratar de trabajar con aquellos que están dispuestos a hacerlo, y pues poco a poco los vas contagiando” (T., ginecóloga, 34 años).

Sin embargo, para dos de las participantes, el lidiar con la violencia resultó en malestares tan profundos que decidieron renunciar. Ambas trabajaban como encargadas de programas de atención para víctimas de violencia (previo a la existencia de los SAS) en estados con legislaciones restrictivas, donde coordinaban y prestaban servicios legales de aborto:

Me dieron un *burnout* y me dieron ansiedad y me hicieron regresar a tomar antidepresivos y ansiolíticos [...], no solamente era desgaste emocional, sino también el desgaste físico [...]. Me sentí completamente sola, me sentí muy frustrada, me sentí parte del sistema que violentaba, [...] yo no tenía el perfil para ser una trabajadora institucional. (K., médica general, 30 años).

## CÍRCULO SOCIAL

### Recibir

Las participantes no solamente describieron violencia vivida en el ámbito laboral, sino también en el círculo social. Varias participantes describieron recibir comentarios negativos, momentos de incomodidad o interacciones con personas que buscaban discutir sobre el tema para hacerles saber que estaban mal: “Desde que se enteran a qué me dedico empieza un poco el morbo de por qué... ¿Qué sientes? ¿No te da remordimiento?” (K., médica general, 38 años). Este tipo de interacciones solían ser más frecuentes con conocidos que con amistades cercanas, solo una médica comentó “me condenan todos” (N., ginecóloga, 54 años).

En el contexto familiar describieron violencias más frecuentes e intensas, como chistes misóginos, burlas y críticas. Varias participantes mencionaron el papel de la religión y que sus familiares se referían al aborto como pecado. Una médica relató que no le dejaban cuidar a sus sobrinos porque está a favor del aborto, otra médica proveedora compartió lo siguiente:

Él [su expareja] estaba viendo la manera para quitarme a los niños y lo utilizó diciendo que lo que yo estaba haciendo estaba mal y que era la peor persona del mundo y que Dios me iba a

castigar y eso fue algo así que me pegó mucho, más porque era mi compañero y que me dijera eso fue muy fuerte. (M., médica general, 39 años).

Las personas que ejercían la violencia solían ser cercanas a ellas: “Recuerdo muy bien a mi padre diciendo: ‘no, el aborto, eso jamás,’ y a mi madre asintiendo con la cabeza, es la imagen que tengo en mi mente” (L., médica general, 33 años). También en este ámbito describieron que múltiples condiciones sociales afectaban el trato que recibían:

Es muy difícil. En mi familia por parte de mi papá son súper, súper conservadores, es algo con lo que he estado luchando, porque independientemente de que yo sea feminista *prochoice* [proderecho], que es todo lo malo que hay en el mundo para la gente, ahora imagínate declararme mujer lesbiana. Entonces ha sido como una bomba de emociones, y mucha gente, o sea de mis familiares, me han dado la espalda. (E., médica general, 32 años).

Algunas médicas refirieron que, a pesar de no compartir las mismas ideas con las personas en sus círculos sociales, sí percibían aceptación: “no están a favor, pero ya respetan la decisión y ya es un gran paso” (N., médica general, 31 años). Menos de la mitad de las médicas refirió recibir apoyo y respaldo de sus amistades que también eran proderechos o feministas, o de algún familiar cercano: “con mi familia nuclear no hay ningún problema [...], bien saben que una es apasionada y apoyan muchísimo” (M., médica general, 36 años). Solamente una participante expresó que “prácticamente toda mi familia es proderecho” (B., médica general, 38 años).

## Sentir

El recibir comentarios negativos o el solo hecho de no compartir las mismas ideas resultaba en malestares sistémicos como el sentirse rechazadas, atacadas, solas o tristes:

Conocí a una amiga y me llevé muy bien con ella, es muy buena gente, y comenzamos a platicar por una paciente y comencé a indagar para saber si era proderechos, y cuando platicamos me dice ‘no, no’. Nunca pensé que pensara de esa forma porque para mí es tan normal (...), la verdad me sentí mal y me sentí triste y decepcionada. (M., médica general, 39 años).

Aunque no indagamos específicamente sobre otros ejes de desigualdad, consideramos que los espacios del círculo social para la mayoría de las participantes eran lugares

controvertidos, es decir, “aquellos que provocan el alivio de alguna opresión y a la vez provocan otro malestar” (Rodó-Zárate, 2021, p. 177). Tanto con las amistades como en la familia solían compartir características, intereses y amor que creaban un sentir de bienestar, aunque al mismo tiempo por ser pro derecho a decidir sentían malestar: “Quiero mucho a mi familia, pero al final sé que no coincidimos en muchas cosas [...], me hace sentir lejana con la familia y eso me entristece” (L., médica general, 33 años).

Otras participantes refirieron bienestar de alivio —que “se tienen que entender como en un *continuum* con los malestares sistémicos/sistemáticos, ya que están estrechamente vinculados. Son bienestar derivados de luchas colectivas o cotidianas para la creación de espacios de alivio de determinados malestares” (Rodó-Zárate, 2021, p. 111)—, como el sentirse respaldadas por las amigas que sí las apoyaban o compartían sus ideas: “sentía que yo pertenecía al grupo de mujeres, tenía a mis compañeras, sentía que tenía el respaldo” (L., médica general, 65 años).

## Actuar

Varias participantes comentaron que tenían cuidado en cómo y ante quiénes de sus amistades o familiares se expresaban como pro derecho a decidir. Solamente una médica compartió que nadie en su círculo social sabía que era pro derecho a decidir. El evitar hablar sobre el tema era más común en el ámbito familiar que con las amistades. Varias participantes refirieron que en su familia no hablaban del tema por miedo al conflicto: “Evito hacer comentarios porque sé que se puede generar un conflicto. Yo escucho, no digo nada” (L., médica general, 33 años), o por miedo al rechazo: “El comentar este tema con mi familia creo que sería definitivamente un rechazo. Un rechazo total” (Z., médica general, 30 años). Otras lo evitan por haber tenido malas experiencias previas: “En mi familia procuro no sacar el tema, o sea, ellos saben mi postura porque me conocen, pero procuro no hablarlo o tocarlo, nadie procura hablarlo porque sabemos que hay muchas posturas distintas” (G., gastroepediatra, 37 años).

Como mencionamos anteriormente, había médicas que defendían su posición en todos los ámbitos de su vida: “A mí me gusta hablarlo, si no hablo de lo que hago, es como si yo también tuviera ese prejuicio, por eso yo hablo muy natural” (K., médica general, 38 años). Otras decidieron expresarse abiertamente únicamente con personas específicas, como amistades cercanas y el núcleo familiar, como compartió esta proveedora: “Mi esposo sí [...] sabe que trabajo en esto; mi demás familia pues realmente no hablo del trabajo” (E., anesthesióloga, 36 años).



Para la mayoría de las participantes, la decisión de sí hablar del tema resultó en la sensibilización de sus familiares y amistades:

Ahora sí que realmente yo fui quien vine aquí a alborotar el gallinero, y todos apoyan. Mi familia es católica pero sí les he hablado y les he explicado el porqué, las razones. Han dicho “tienes razón” y “debería de ser algo [a lo] que toda mujer tenga acceso” y “sí, es un derecho de todas”, y pues me sorprendieron mi mamá, mi papá y todos, están muy a favor. (K., médica general, 36 años).

En contraste, seis médicas refirieron explícitamente el renunciar a ciertas amistades y reducir sus círculos sociales: “Con amigos, uno ya empieza a... aprende a podar las relaciones” (B., médica general, 33 años), y que ahora solo se relacionan con personas que no se oponen a lo que hacen porque “No podría ser amiga de alguien que no pensara igual que yo, son la familia que escogemos” (L., médica general 33 años). Para tres médicas, el ser pro derecho a decidir resultó en una ruptura con parte de su familia: “Tengo contacto cero con mi familia. Cuando inicié en el feminismo, ellos estaban completamente en contra. En alguna ocasión que llegué a mencionarles que pertenecía a una red de doctoras pro decisión, me tacharon de lo peor” (E., médica general, 32 años).

## LA RED

### Recibir

Hay un gran contraste entre los testimonios sobre el contexto laboral y social y las experiencias de las médicas en la Red. Esta última surge claramente como un espacio de alivio, en donde las médicas reciben apoyo y no existe violencia por ser pro derecho a decidir. Identificamos tres tipos de apoyo concreto, a pesar de que el contacto es principalmente virtual: el poder canalizar casos, aprender y no estar sola:

Creo que de eso se trata el empoderamiento, realmente ver que somos una Red de apoyo [...]. En este grupo me he dado cuenta de qué es compañerismo, sororidad, y que no importa quién seas, dónde estés, si vives en una comunidad lejana o algo, yo siendo de tal lado te voy a apoyar, aun tú vivas en el sur y yo en el norte, yo desde acá desde el norte te voy apoyar. Eso es lo que me gusta mucho de la Red. (E., médica general, 32 años).

Otra médica comentó de la Red: “Es muy bonito, es una red de apoyo y es saber que no estás sola en este mundo y que hay más mujeres como tú” (T., ginecóloga, 34 años). Varias

participantes mencionaron haber logrado canalizar casos a otras integrantes de la Red, a otros proveedores clínicos o a acompañantes: “No conocía a nadie y gracias a la Red pude canalizarla con la persona correcta” (T., ginecóloga, 34 años). Para otras, solo saber que esta posibilidad existía ya les daba seguridad: “Saber que en media hora ya hay alguien que las va a apoyar sin juzgarlas, sin cuestionarlas, sin señalarlas, [...] la Red para mí es eso: una red de apoyo, no nada más una red de conocimiento, sino de sostén” (Z., médica general, 30 años).

La mayoría de las médicas refirieron que la Red para ellas era un espacio de aprendizaje y de intercambio de conocimientos entre pares:

Es mucha información y que la verdad me gusta, me gusta ver cuestiones que todas podemos llegar a tener; alguna pregunta, alguna duda. A mí me ha encantado que yo he hecho como dos, tres preguntillas al grupo y rápido me manda un *inbox* una doctora: “fíjate que aquí está”. “Ah, qué chido”. (M., médica general, 36 años).

Una médica mencionó haber aprendido que el aborto no puede ser criminalizado en México: “Anteriormente tenía muchas dudas en la parte legal, y con todas las capacitaciones y las normas y los artículos [que compartieron] pues ya uno se da cuenta de que realmente pues no es nada ilegal” (F., anestesióloga, 36 años). Para varias era su primera vez en un espacio en donde se les brindaba información sobre el aborto:

[Lo que sé del aborto] realmente ha sido a través de la Red de médicas y lo que llega a haber en internet, porque realmente que yo tenga alguna información médica o algún grupo en el hospital [...], que es institución pública, que haya yo tenido acceso a eso, nunca. (G., gastropediatra, 37 años).

## Sentir

Debido a que la Red para las participantes era un espacio de alivio, pocas describieron malestares sistémicos. En el caso de las que sí mencionaron malestares, estos fueron circunstanciales, es decir, no nacieron de una injusticia social (Rodó-Zárate, 2021), sino que estuvieron relacionados con la frustración de querer hacer más o por sentirse limitadas por sus tiempos: “Me encantaría poder hacer más. Aunque no responda, las leo y pues me da mucho gusto que haya personas trabajando en esa situación y en algún punto espero poder contribuir más” (N., médica general, 27 años).

Identificamos las emociones positivas como bienestar de alivio, que “se relacionan con la agencia, con la transformación social y con la creación de solidaridades [...]. Los lugares a los que están vinculados son espacios con un fuerte potencial transformador, porque son espacios donde se desarrollan formas de vida que escapan de alguna normatividad social” (Rodó-Zárate, 2021, pp. 111-12). La mayoría de las participantes refirieron ya no sentirse solas y haber encontrado pertenencia en la Red ante la violencia que viven en otros espacios:

Independientemente de que a lo mejor soy la única en [la ciudad] que se atreve a decir que “yo soy *prochoice*”, no me siento tan sola al saber que hay más doctoras que están luchando con eso, independientemente de que te juzguen o que te tachen de “mala doctora”, y que siguen en la trincherita [...]. Me da gusto estar en la Red. (E., médica general, 32 años).

Para algunas, estar en la Red es su primera experiencia en un espacio de lucha social:

Pues al principio me sentía rara, ¿no?, porque realmente yo solo he sido doctora [risa], nunca había levantado la voz. O sea, mi lucha era en mi consulta, con mi paciente, nunca había ido más allá... Y yo escuchaba y leía a las mujeres que la integran [a la Red], que tienen mucha experiencia en juntas o en marchas o en colaborar con organizaciones [...]. Me ha dado más fuerza saber que hay más mujeres como yo y que puedo aprender de ellas [...], te permite ayudar a más personas. (T., ginecóloga, 34 años).

Para otras, el conectar con pares les da esperanza e impulso para continuar con la lucha por el derecho a decidir:

Al ingresar fue mucha felicidad, que existen otras mujeres que están en el mismo lugar que yo, y esperanza de creer que podemos hacer algo juntas. Yo sola no creo que sea el camino, pero en colectivo y organizadas podemos hacer todo lo que nosotras queramos a favor de la salud, de los derechos y a favor de la autonomía. (T., ginecóloga, 35 años).

Las participantes refirieron sentirse respaldadas: “Me hacen sentir acompañada, aunque no las tenga presencialmente aquí” (Z., médica general, 30 años), y una médica relató cómo el estar en la Red le ayudó a eliminar los miedos que tenía para proveer servicios:

La verdad es que me he sentido muy apoyada. Uno de mis grandes miedos era: ¿y si me llama una mujer que me pide una interrupción y se me complica?... Todo el tiempo cuestionándome [...]. Entonces, para mí el respaldo siempre fue bien importante, [...] yo sabía que si algo se me complicaba yo hablaba contigo y en ese sentido la Red ha sido bien importante. (N., médica general, 31 años).

Como se pudo observar en los testimonios previos, varias participantes expresaron que el saberse entre mujeres, quienes históricamente han ocupado un papel de receptoras de opresión dentro del gremio médico, era empoderante:

Cuando fui comprendiendo la postura de ser parte de una Red solo de médicas y puras mujeres fue un tema de revolución... Es justo lo que se decía del gremio médico: como mujeres siempre estábamos más atrás y solo se escuchaba la voz masculina, me encanta que [con la Red] podamos irlo construyendo como se nos dé la gana, me hace sentir muy feliz, y justo eso de que no estamos solitas. Cuando yo estaba empezando con el tema del aborto me preguntaba si era yo era la única, entonces me gusta saber que no, saber que también somos diversas y desde los diferentes contextos. (L., médica general, 33 años).

Finalmente, varias médicas refirieron sentirse orgullosas por formar parte de la Red: “No me imaginé que fuéramos tantas [...], no me imaginé que iba a crecer y ahora *wow*, mira todo esto. Me siento muy feliz, muy orgullosa” (L., médica general, 33 años).

## DISCUSIÓN

En esta investigación cualitativa encontramos que el ser pro derecho a decidir afecta a las médicas participantes en los espacios principales de su vida cotidiana —el trabajo y el círculo social (familia y amistades)—, independiente de si son proveedoras de aborto o no. Sus experiencias están, además, influidas por múltiples condiciones que las atraviesan, como el género y la orientación sexual, entre otros. Identificamos la sensibilización de personas cercanas, tanto en el trabajo como en el círculo social, como una estrategia de resiliencia ante el estigma del aborto.

También identificamos estrategias previamente descritas en otras investigaciones, como evitar la divulgación del posicionamiento pro derecho a decidir y la creación de

espacios seguros, además de la renuncia y el aislamiento (O'Donnell *et al.*, 2011; Harris *et al.*, 2013; Cockrill *et al.*, 2013). Dentro del sector público, las unidades médicas generales son los espacios más violentos para ellas, mientras que consideraron los espacios dedicados exclusivamente a la provisión de servicios de aborto como relativamente seguros. La Red surge como un espacio de alivio en donde las participantes encuentran apoyo, pertenencia y un piso común que les permite continuar y fortalecer su lucha por el aborto seguro, a pesar de que el contacto entre ellas ocurre principalmente de forma virtual.

Los resultados de este estudio aportan evidencia de que la violencia y el malestar derivados de la identidad “pro derecho a decidir” no solamente son vividos por proveedoras sino también por médicas que accionan como defensoras. Nuestro estudio confirma que las experiencias de estigma son complejas, ya que varían según el espacio, las personas, el momento y el actuar ante ello (O'Donnell *et al.*, 2011; Rodó-Zárate, 2021). Para las participantes en este estudio, el “ser pro derecho a decidir” es motivo de violencia tanto en el espacio laboral como en el círculo social. Sabemos que la desigualdad y la violencia de género persiste y permea a la sociedad mexicana (Evangelista-García *et al.*, 2016; GIRE, 2017), y estudios previos han demostrado que el ser mujer en la medicina, especialmente en contextos de formación, las expone a exclusión, discriminación y violencia de género (Castro, 2016; Guevara Ruiseñor, 2016; Pozzio, 2016; Montañez-Hernández *et al.*, 2020). Por lo tanto, no es casual que en este estudio hayamos identificado que la condición de género influyó específicamente en las experiencias de las participantes, y que el internado, el servicio social y la residencia médica surgieron como espacios de mayor violencia.

El análisis interseccional nos permitió detectar que el malestar y la violencia en relación con el “ser proderecho a decidir” fueron influidos también por otros ejes de desigualdad, como la orientación sexual, otros posicionamientos políticos (feminismo), la edad y la apariencia. Consideramos importante que futuros estudios tomen en cuenta el papel de las diferentes condiciones sociales cuando se trata de los efectos del estigma del aborto en personal médico.

La sensibilización de personas cercanas aparece aquí como una estrategia de resistencia ante el estigma, ya que permite a las médicas influir positivamente tanto en el trabajo como en su círculo social. Otras autoras describen la creación de espacios seguros para mantener una “identidad ocupacional positiva” como una estrategia ante la estigmatización y la discriminación (O'Donnell *et al.*, 2011, p. 1357), sin embargo, no identifican la sensibilización como acción específica. Estas autoras también describen el sentir orgullo como una estrategia de resiliencia al “resignificar el trabajo sucio” (Norris *et al.*, 2011;

O'Donnell *et al.*, 2011; Martin *et al.*, 2014). En nuestro estudio, tanto las proveedoras como las que no brindaban servicios mencionaron sentirse orgullosas de ser defensoras del derecho a decidir.

Consideramos que para las participantes de este estudio el orgullo y la satisfacción existen independiente de las consecuencias negativas del estigma, ya que la mayoría de las participantes se consideraron pro derecho a decidir desde antes de proveer servicios, e incluso la decisión de hacerlo surgió de esta identidad (Veldhuis *et al.*, 2024), en contraste con estudios entre prestadores que posiblemente no comparten la misma identidad. Es decir: una persona puede ser proveedor o proveedora de aborto sin ser “pro derecho a decidir”, en cuyo caso la resignificación puede surgir como una estrategia ante el estigma (O'Donnell *et al.*, 2011; Aniteye *et al.*, 2016; Küng *et al.*, 2021).

En este estudio, la sensibilización disminuye el estigma y la creación de espacios más seguros para ellas mismas, al mismo tiempo impactando positivamente en el estigma de aborto en general. No obstante, no todas las participantes sintieron la posibilidad de realizarlo en todos los espacios, así que el aislamiento y evitar hablar del tema, por elección o no, siguen siendo formas de resistir a las múltiples violencias a las que están expuestas, como también lo describen otras autoras (O'Donnell *et al.*, 2011; Harris *et al.*, 2013; Cocrill *et al.*, 2013).

Los SAS surgieron como espacios de relativa protección ante la violencia ejercida por compañeros o superiores, mientras que las unidades médicas generales, donde el resto del personal no ha sido sensibilizado ni capacitado sobre el tema, fueron descritas como espacios más violentos. Este estudio demuestra la importancia de la presencia de médicas pro derecho a decidir en los servicios públicos, ya que más allá de la provisión de servicios asumieron el papel de sensibilizadoras de pares, como ya mencionamos. Ellas incluso podrían ser quienes capaciten a más personal como parte de una estrategia más institucionalizada. Por lo tanto, es preocupante que dentro de este universo de estudio tres de veinticuatro médicas hayan renunciado a su trabajo en el sector público por la inseguridad de este, tanto por la falta de contratos fijos como por la exposición a violencia por ser proaborto o simplemente por ser mujer.

Mientras el aborto siga altamente estigmatizado en la sociedad mexicana y entre el propio personal de salud, es necesario garantizar la existencia de espacios seguros y libres de estigma dentro de las unidades médicas tanto para las usuarias como para las y los proveedores del servicio, para garantizar su continuidad, seguridad y calidad. Al mismo tiempo, el mantener un *continuum* con los servicios generales puede promover la normalización

del aborto y la sensibilización de pares. Los SAS tienen este potencial, sin embargo, sería necesario garantizar su continuidad dentro del sistema de salud y la protección y soporte del personal de salud dedicado a estos servicios.

La Red surge como un espacio de alivio en donde las médicas encuentran apoyo, pertenencia y empoderamiento. Estos hallazgos coinciden con un estudio previo sobre la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir en Argentina, que describe que el vínculo con pares reforzó el bienestar y disminuyó el estigma; “la colectivización [...] se configura como un modo de ejercer resistencias frente a actitudes estigmatizantes” (Fernández Vázquez y Brown, 2019, p. 28). El efecto positivo de la Red al promover el acompañamiento entre las médicas, además, coincide con estudios que describen que la sororidad y las alianzas entre mujeres pueden resultar en procesos de empoderamiento mutuo (Martínez Cano, 2017), y que es uno de los principales objetivos de abordar la salud desde una perspectiva de género. Por lo tanto, la Red para ellas no solamente es un espacio seguro ante el estigma del mundo exterior, sino también un espacio transformador desde donde reflexionan y actúan por el cambio social (Rodó-Zárate, 2021, p. 110).

Este estudio tiene limitaciones. La muestra se circunscribe a médicas cisgénero integrantes de la Red. Médicos hombres, transgénero, no binarios o mujeres cis que no forman parte del Red pueden tener otras experiencias. Los resultados también pueden ser diferentes en otros contextos distintos al mexicano, donde la desigualdad y la violencia de género son extremadamente comunes (Evangelista-García *et al.*, 2016; GIRE, 2017). Sin embargo, consideramos importante que futuros estudios sobre las experiencias de personas proveedoras o defensoras de aborto tomen en cuenta la posible influencia de múltiples condiciones sociales.

## CONCLUSIONES

El ser médica pro derecho a decidir en México expone a un abanico de violencias en las esferas centrales de la vida cotidiana: el espacio laboral y el círculo social. Al mismo tiempo, las médicas resisten, sensibilizan y crean estrategias para combatir las consecuencias negativas del estigma y promover el acceso a abortos seguros. Este estudio reafirma la importancia de estar conectadas con pares, que resulta en el empoderamiento para continuar con la lucha por el derecho a decidir. Para garantizar la seguridad tanto del personal de salud como de las personas usuarias dentro de los servicios públicos, al igual que el libre

acceso a ellos, es indispensable tanto un cambio social para eliminar el estigma del aborto, como crear políticas públicas con enfoque de género que protejan y respalden al personal médico pionero que trabaja en estos espacios.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, L. T., Fuentes-Rivera, E., Saavedra-Avendaño, B., Schiavon, R., Maldonado Rueda, N., Hernández, B., Drake, A. L., y Darney, B. G. (2019). Utilisation of second-trimester spontaneous and induced abortion services in public hospitals in Mexico, 2007-2015. *BMJ Sexual & Reproductive Health* 45(4), 283-289. <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2018-200300>
- Amnesty International. (2023). *An unstoppable movement. A global call to recognize and protect those who defend the right to abortion*. Disponible en: <https://www.amnesty.org/en/documents/pol40/7420/2023/en/>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Amuchástegui, A., Evangelista García, A. A. (2022). Interseccionalidad y condicionantes sociales de la salud: una aproximación teórico-metodológica sobre el efecto del estigma en la vida de mujeres con VIH/sida en Chiapas. *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México* 8(e929). [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2395-91852022000100112](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2395-91852022000100112)
- Aniteye, P., O'Brien, B., Mayhew, S. H. (2016). Stigmatized by association: challenges for abortion service providers in Ghana. *BMC Health Services Research* 16(486), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1733-7>
- Castañeda Salgado, M. P. (2012). Etnografía feminista. En N. Blazquez Graf, F. Flores Palacios, y M. Ríos Everardo (Coord.), *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 217-238). UNAM.
- Castro, R. (2016). Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la Facultad de Medicina, el internado y la residencia médica. En L. M. A. Moreno Tetlacuilo, A. M. Carrillo Farga (Coord.), *La perspectiva de género en la salud reproductiva* (pp. 147-173) UNAM.
- CNEGRS (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva). (2022). *Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México. Edición 2022*. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL\\_Interactivo\\_22NOV\\_22-Lineamiento\\_te\\_cnico\\_aborto.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/779301/V2-FINAL_Interactivo_22NOV_22-Lineamiento_te_cnico_aborto.pdf). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Cockrill, K., Herold, S., Blanchard, K., Grossman, D., Upadhyay, U., y Baum, S. (2013). *Addressing abortion stigma through service delivery. A White Paper*. The Sea Change Program, Advancing



- New Standards in Reproductive Health, Ibis Reproductive Health. Disponible en: <https://ibisreproductivehealth.org/publications/addressing-abortion-stigma-through-service-delivery-white-paper>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- De Zordo, S., y Mishtal, J. (2011). Physicians and Abortion: Provision, Political Participation and Conflicts on the Ground—The Cases of Brazil and Poland. *Women's Health Issues* 21(S3), 32-36. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.01.006>
- Díaz Olavarrieta, C., Bonifaz Alfonso, L., Sanhueza-Smith, P., Fajardo Dolci, G. E., Guevara-Guzmán, R., Aburto-Arciniega, M. B., Phillips, V. J., Arce Cedeño, A., y Villa, A. R. (2020). Twelve years after abortion decriminalization in Mexico City: Can we still remain an island of liberties? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 62, 63-78. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.07.009>
- DOF. (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5430957&fecha=24/03/2016#gsc.tab=0). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Doran, F., y Nancarrow, S. (2015). Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: a systematic review. *Journal of Family and Reproductive Health* 41(3), 170-180. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2013-100862>
- Drovetta, R. I. (2018). Profesionales de la salud y el estigma del aborto en Argentina. El caso de la “Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir”. *Salud Problema* 12(24), 13-35. Disponible en: [ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/98264/CONICET\\_Digital\\_Nro.cd-30f4db-337e-4753-b7bc-305a446cf1c9\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/98264/CONICET_Digital_Nro.cd-30f4db-337e-4753-b7bc-305a446cf1c9_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Evangelista-García, A. A., Tinoco-Ojanguren, R., y Tuñón-Pablos, E. (2016). Violencia institucional hacia las mujeres en la región sur de México. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos* 14(2), 57-69. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-80272016000200057](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272016000200057). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Faúndes, A., y Miranda, L. (2017). Ethics surrounding the provision of abortion care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 43, 50-57. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.12.005>
- Fernández Vázquez, S. S., y Brown, J. (2019). From stigma to pride: health professionals and abortion policies in the Metropolitan Area of Buenos Aires. *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(3), 65-74. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1691898>
- Freedman, L., Landy, U., Darney, P., y Steinauer, J. (2010). Obstacles to the Integration of Abortion

- Into Obstetrics and Gynecology Practice. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 42(3), 146-151. <https://doi.org/10.1363/4214610>
- Gasman, N., Blandon, M. M, y Crane, B. B. (2006). Abortion, social inequity, and women's health: Obstetrician-gynecologists as agents of change. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 94(3), 310-316. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2006.04.018>
- GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida). (2017). *Violencia sin interrupción*. Disponible en: [https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/violencia\\_sin\\_interrupcion.pdf](https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/violencia_sin_interrupcion.pdf). Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Guevara Ruiseñor, E. S. (2016). Las mujeres ante la ciencia. Sus retos y aportes en género y salud. En L. M. A. Moreno Tetlacuilo y A. M. Carrillo Farga (Coord.), *La perspectiva de género en la salud* (pp. 123-145). UNAM.
- Harris, L. H., Debbink, M., Martin, L., y Hassinger, J. (2011). Dynamics of stigma in abortion work: Findings from a pilot study of the Providers Share Workshop. *Social Science & Medicine* 73(7), 1062-1070. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.004>
- Harris, L. H., Martin, L., Debbink, M., y Hassinger, J. (2013). Physicians, abortion provision and the legitimacy paradox. *Contraception* 87(1), 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.08.031>
- Holcombe, S. J., Berhe, A., y Cherie, A. (2015). Personal Beliefs and Professional Responsibilities: Ethiopian Midwives' Attitudes toward Providing Abortion Services after Legal Reform. *Studies in Family Planning* 46(1), 73-95. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2015.00016.x>
- Ipas CAM/safe2choose. (2021). *Reporte de resultados de la encuesta internacional de personas proveedoras y acompañantes de aborto*. Ciudad de México. Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/IpasCAM-2021-ResultadosEncuesta.pdf>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Juárez, F., Bankole, A., y Palma, J. L. (2019). Women's abortion seeking behavior under restrictive abortion laws in Mexico. *PLoS ONE* 14(12):1-22. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0226522>
- Kumar, A., Hessini, L., y Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality* 11(6), 625-639. <https://doi.org/10.1080/13691050902842741>
- Küng, S. A., Darney, B. G., Saavedra-Avenidaño, B., Lohr, P. A., y Gil, L. (2018). Access to abortion under the health exception: a comparative analysis in three countries. *Reproductive Health* 15(107), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0548-x>
- Küng, S. A., Wilkins, J. D., Díaz de León, F., Huaraz, F., Pearson, E. (2021). "We don't want problems": reasons for denial of legal abortion based on conscientious objection in Mexico and Bolivia. *Reproductive Health* 18(44), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01101-2>

- Macassa, G., McGrath, C., Rashid, M., y Soares, J. (2021). Structural Violence and Health-Related Outcomes in Europe: A Descriptive Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(13), 6998. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136998>
- Martin, L. A., Debbink, M., Hassinger, J., Youatt, E., y Harris, L. H. (2014). Abortion providers, stigma and professional quality of life. *Contraception* 90(6), 581-587. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.07.011>
- Martínez Cano, S. (2017). Procesos de empoderamiento y liderazgo de las mujeres a través de la sororidad y la creatividad. *Dossiers Feministes* 22, 49-72. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/view/328071>. Consultado el 25 de septiembre de 2025.
- Maxwell, K. J. (2021). Normalising abortion : what role can health professionals play ? *BMJ Sexual & Reproductive Health* 47(1), 32-36. <https://doi.org/10.1136/bmjsexrh-2019-200480>
- Montañez-Hernández, J. C., Alcalde-Rabanal, J. E., Nigenda-López, G. H., Aristizábal-Hoyos, G. P., y Dini, L. (2020). Correction to: Gender inequality in the health workforce in the midst of achieving universal health coverage in Mexico. *Human resources for health* 18, 44. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00486-8>
- NAF (National Abortion Federation). (2018). *2018 Violence and Disruption Statistics*. Disponible en: <https://prochoice.org/wp-content/uploads/2018-Anti-Abortion-Violence-and-Disruption.pdf>. Consultado el 25 de septiembre de 2025.
- Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J. R., Kavanaugh, M. L., De Zordo, S., y Becker, D. (2011). Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences. *Women's Health Issues* 21(3), S49-S54. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.010>
- O'Donnell, J., Weitz, T. A., y Freedman, L. R. (2011). Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work. *Social Science & Medicine* 73(9), 1357-1364. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.019>
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2020). *Prevención de la violencia*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>. Consultado el 25 de septiembre de 2024.
- Parker, R., y Aggleton, P. (2007). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine* 57(1), 13-24. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00304-0)
- Pozzio, M. R. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. *Revista Estudios Feministas* 24(1), 101-117. <https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
- Ramos, S., Romero, M., y Ramón Michel, A. (2014). Health care providers' opinions on abortion: a study for the implementation of the legal abortion public policy in the Province of Santa Fe,

- Argentina. *Reproductive Health* 11(72), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-72>
- Rodó-Zárate, M. (2021). *Interseccionalidad. Desigualdades, lugares y emociones*. Bellaterra.
- Schiavon, R., Collado, M. E., Troncoso, E., Soto Sánchez, J. E., Otero Zorrilla, G., y Palermo, T. (2010). Characteristics of private abortion services in Mexico City after legalization. *Reproductive Health Matters* 18(36), 127-135. [https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(10\)36530-x](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(10)36530-x)
- Silva, M., Billings, D. L., García, S. G., y Lara, D. (2009). Physicians' agreement with and willingness to provide abortion services in the case of pregnancy from rape in Mexico. *Contraception* 79(1), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.07.016>
- Sorhaindo, A. M., Juárez-Ramírez, C., Díaz Olavarrieta, C., Aldaz, E., Mejía Piñeros, M. C., y García, S. (2014). Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in Mexico. *Women Health* 54(7), 622-640. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25068848/>
- Sorhaindo, A.M., y Lavelanet, A. F. (2022). Why does abortion stigma matter? A scoping review and hybrid analysis of qualitative evidence illustrating the role of stigma in the quality of abortion care. *Social Science & Medicine* 311, 115271. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115271>
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Contus, Editorial Universidad de Antioquia.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2021). Acción de inconstitucionalidad 148/202.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2023). Amparo en revisión 267/2023.
- Veldhuis, S., Sánchez-Ramírez, G., y Darney, B. G. (2022). "Sigues siendo un sistema precario". Barreras de acceso a abortos clínicos: la experiencia de acompañantes en tres regiones mexicanas. *Cadernos de Saúde Pública* 38(4), ES124221. <https://doi.org/10.1590/0102-311xes124221>
- Veldhuis, S., Sánchez-Ramírez, G., y Darney, B. G. (2024). "That is when I understood everything": Ideological trajectories of pro-choice female doctors in Mexico. *Contraception* 136, 110473. [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(24\)00145-8/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(24)00145-8/fulltext)
- Vivas, M. M., Valencia, S., y González Vélez, A. C. (2016). *El estigma en la prestación de servicios de aborto: características y consecuencias. Hacia la protección de los profesionales de la salud*. Grupo Médico por el Derecho a Decidir-Colombia. Red Global Doctors for Choice. Disponible en: [globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Stigma-in-abortion-provision-protecting-providers-2.pdf](http://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Stigma-in-abortion-provision-protecting-providers-2.pdf). Consultado el 25 de septiembre de 2024.



## Autoras y autores

### COORDINACIÓN

**Suzanne Veldhuis** es médica general graduada de la Universidad de Ámsterdam, maestra en Ciencias en Desarrollo Rural y Recursos Naturales y candidata a doctora en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable en el Departamento de Salud de ECOSUR. Cuenta con más de diez años de experiencia laboral en proyectos relacionados con la salud sexual y reproductiva y el aborto seguro en México. Es cofundadora y coordinadora de la Red de Médicas por el Derecho a Decidir, y supervisora médica para el servicio internacional de aborto por telemedicina de Women on Web. Es cofundadora y presidenta de la organización no gubernamental “Ixchel: Acompañamiento en Salud”. Está especializada en el tema del aborto autónomo, acompañamiento feminista y su articulación con el sector médico. Es co-coordinadora del libro *Realidades y retos del aborto con medicamentos en México* y autora y coautora de varios artículos en revistas y libros científicos.

Correo electrónico: [suzanne.veldhuis@gmail.com](mailto:suzanne.veldhuis@gmail.com)

### COLABORACIONES

**Maribel Campos Muñuzuri** es maestra en Comunicación por la Universidad Autónoma del Estado de Baja California. Su trabajo terminal se enfocó en la creación de una estrategia radiofónica para contribuir al respeto de los saberes de mujeres parteras migrantes residentes en el valle de San Quintín, en Ensenada, Baja California, México. Ha participado como asistente de investigación en proyectos sobre educación, migración y salud. Sus áreas de interés incluyen la comunicación pública de la ciencia, la comunicación popular y temas relacionados con la salud sexual y reproductiva. Es mamá de Mar y participa en una colectiva de acompañantes de aborto autónomo en Ensenada, Baja California.

Correo electrónico: [maribel.campos.munuzuri@uabc.edu.mx](mailto:maribel.campos.munuzuri@uabc.edu.mx)

**Susana Collado Peña** es médica cirujana y especialista en Ginecología y Obstetricia por la Facultad de Medicina de la UNAM y maestra en Estudios de la Mujer por la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco. Cuenta con estudios de posgrado en Colposcopia, Bioética, Violencia Familiar y Derechos Humanos. Es autora y coautora de capítulos de libros y artículos en revistas científicas en temas de preeclampsia, anticoagulación, rechazo hospitalario, y manejo médico y quirúrgico del aborto. Ha sido parte del equipo técnico de la Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal y de la Dirección de Violencia Intrafamiliar del CNEGR. Actualmente desempeña su labor asistencial en hospitales públicos de la Ciudad de México y es consultora independiente en el campo de la salud sexual y reproductiva.

Correo electrónico: susanacollado.salud@gmail.com

**Blair G. Darney** tiene un doctorado en Investigación en Servicios de Salud por parte de la Universidad de Washington en Seattle y una maestría en Salud Global por parte de la Universidad de Yale. Es investigadora en servicios de salud reproductiva y trabaja en asuntos de aborto, anticoncepción y salud materna en Estados Unidos y México. Su objetivo como investigadora es mejorar la prestación de intervenciones clínicas y las políticas en salud reproductiva, basadas en evidencia y dirigidas a mujeres que lo necesitan, especialmente mujeres vulnerables. Es profesora en el Departamento de Obstetricia y Ginecología y en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Ciencia y Salud de Oregon, en EE. UU., e investigadora honoraria del Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, México. Entre sus últimas publicaciones destacan: Darney, B. G. *et al.* (2022). Adolescent Reproductive Health Outcomes Among Mexican-Origin Women on Both Sides of the U.S.-Mexico Border. *Journal of Adolescent Health* 71(6), y Darney, B. G. *et al.* (2021). Preventing first births among adolescents in Mexico City's public abortion programme. *BMJ Sexual & Reproductive Health* 47(4).

Correo electrónico: bgdarney@gmail.com

**José Antonio Durán de la Cruz** es médico cirujano y homeópata por el Instituto Politécnico Nacional y maestro en Salud Pública por el Instituto Nacional de Salud Pública. De 2009 a 2018 formó parte de organizaciones estudiantiles y de la sociedad civil liderando diversos proyectos e iniciativas de salud pública a nivel local, nacional e internacional con enfoque de derechos sexuales y reproductivos. Ha participado en investigaciones sobre interculturalidad y prevención de la conducta suicida en adolescentes. Desde 2020

forma parte del equipo de la Dirección de Violencia Intrafamiliar del CNEGSR y colabora actualmente como jefe del Departamento de Prevención y Atención a la Violencia Sexual, donde desarrolla diversas actividades encaminadas al fortalecimiento de la atención integral y oportuna de las personas sobrevivientes de violencia sexual y al acceso del aborto seguro.

Correo electrónico: antonio.duran.ifmsa@gmail.com

**Angélica Aremy Evangelista García** es doctora en Ciencias Sociales y Humanísticas por la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, México. Investigadora titular adscrita al Grupo de Estudios de Género de El Colegio de la Frontera Sur e integrante del SNI Nivel II. Áreas de interés: desigualdad de género, violencia de género, discriminación, sexualidad, instituciones de educación superior. Entre sus últimas publicaciones se encuentran: Gutiérrez-Gamboa, D. I., Evangelista, A. A., Duarte-Cruz, J. M. (2023). Interseccionalidad y espacios: violencias entre personas lesbianas, gais, transgéneros y transexuales en Acaapulco. *Secuencia 117*, y Amuchástegui, A., y Evangelista, A. A. (2022). Interseccionalidad y condicionantes sociales de la salud: una aproximación teórico-metodológica sobre el efecto del estigma en la vida de mujeres con VIH/sida en Chiapas. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género 8*, 1-42.

Correo electrónico: aevangel@ecosur.mx

**Karla Flores Celis** es psicóloga, maestra y doctora en Ciencias de la Salud con especialidad en el campo de la salud mental pública por la Facultad de Medicina de la UNAM y el Instituto Nacional de Psiquiatría. Ha profundizado en líneas de investigación sobre aborto y salud mental, embarazo no intencional, autonomía reproductiva y estigma por abortar. Ha participado en diversas publicaciones en revistas científicas sobre aborto y salud mental. En su encargo como directora de Violencia Intrafamiliar en el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) lideró la publicación del *Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México* y la implementación de políticas públicas para la territorialización de los Servicios de Aborto Seguro. Actualmente es consultora independiente en temas de salud sexual y reproductiva.

Correo electrónico: karla.floresc.abortoseguro@gmail.com

**Laura Gil Urbano** es ginecobstetra por la Universidad Nacional de Colombia graduada en 2004, diplomada en investigación en salud sexual y reproductiva en países en desarrollo



por la Fundación Ginebrina para la Salud y la OMS. Activista defensora de los derechos de las mujeres con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos. Es fundadora y directora ejecutiva del Grupo Médico por el Derecho a Decidir en Colombia. Integrante del Comité de Aborto Seguro de FIGO y del Comité Científico de FECOLSOG. Formó parte de la Junta Directiva de Global Doctors for Choice. Fue oradora y capacitadora de la Mesa por La Vida y la Salud de las Mujeres y el movimiento Causa Justa. Desempeñó varios puestos en la Fundación Oriéntame y la Fundación ESAR. Es coautora del libro *Causa justa. Por el aborto: Voces detrás de la demanda* (Tirant lo Blanch, 2023).

Correo electrónico: lauragilurbano.77@gmail.com

**María del Pilar González Barreda** es doctora en Derecho por el Instituto de Investigaciones Jurídicas (IIJ) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), candidata a investigadora en el Sistema Nacional de Investigadores y profesora de la Facultad de Derecho, UNAM. Es asesora en el Poder Legislativo, Ejecutivo y Judicial, en organizaciones de la sociedad civil y en instituciones universitarias en temas relacionados con crítica feminista al Derecho, género y derechos humanos, argumentación jurídica con perspectiva de género, armonización legislativa, derechos sexuales, derechos reproductivos y aborto, temas sobre los que cuenta con diversas publicaciones. Es miembro del Grupo Género, Bioética y Justicia Reproductiva del Programa Universitario de Bioética, UNAM, y coordinadora de la Cátedra Extraordinaria sobre Laicidad Benito Juárez en el IIJ. En los años 2021 y 2022 participó en la coordinación del diseño del *Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México* y su actualización, así como en la formación del personal de los Servicios de Aborto Seguro.

Correo electrónico: mpgonzalezb@derecho.unam.mx

**Lisa Juanola** es psicóloga e investigadora en salud pública con una trayectoria de siete años como asesora en derechos y salud sexual y reproductiva en varios países del Sur Global. Ha centrado gran parte de su carrera en el tema del aborto, especialmente durante su rol de monitoreo y evaluación del proyecto Advocacy para el Aborto Seguro en Perú y Panamá. Su compromiso con el aborto seguro se inició mientras trabajaba en Nicaragua para el Fondo Centroamericano de Mujeres. Actualmente reside en Ámsterdam con su pareja e hijo, donde ejerce como investigadora en salud pública en los Servicios Municipales de Salud (GGD Ámsterdam). Lisa cuenta con una maestría en Estudios Internacionales y una maestría de Investigación en Estudios de Desarrollo.

Correo electrónico: lisajuanola@gmail.com

**Martha Elena Leal Chávez** es licenciada en Derecho y especialista en Género y Derecho por la UNAM. Se ha desempeñado profesionalmente como abogada litigante en materia civil, familiar y amparo. También ha sido consultora en temas de derechos humanos y género. En 2018 colaboró en el CNEGSR de la Secretaría de Salud federal en el Programa de Asignación de Subsidios para la Prestación de Servicios de Refugio para Mujeres, sus Hijas e Hijos que viven Violencia Extrema. A partir de 2020, en este mismo CNEGSR brinda acompañamiento legal a las secretarías de Salud estatales para la implementación de la política pública de aborto seguro en todo el país.

Correo electrónico: marthaelenaleal@gmail.com

**Carmen Cecilia Martínez** es directora asociada de Estrategias Legales para América Latina y el Caribe del Centro de Derechos Reproductivos. Cuenta con maestría en Derecho por la Universidad de Palermo (Argentina) y una especialización en Gestión de Organizaciones sin Fines de Lucro por la Universidad de San Andrés (Argentina). Sus intereses académicos y profesionales se enfocan en el litigio estratégico; el derecho a la igualdad y no discriminación, erradicación de estereotipos en el sistema de salud y el sistema de justicia; y los derechos sexuales y reproductivos. Destacan entre sus publicaciones recientes: Martínez Coral, C., y Martínez, C. C. (2021). Sexual violence against girls in schools as a public health issue: a commentary on the case *Paola Guzmán Albarracín v. Ecuador*. *Sexual Reproductive Health Matters* 29(1), 1893147.

Correo electrónico: martinezc@reprorights.org

**Catalina Martínez Coral** es vicepresidenta para América Latina y el Caribe del Centro de Derechos Reproductivos. Cuenta con maestría en Asuntos Internacionales por la Universidad de Sciences Po Paris (Francia) y en Derecho Internacional e Instituciones Internacionales de la Universidad de Paris Panthéon-Sorbonne (Francia). En su rol como vicepresidenta, su labor se ha enfocado en hacer avanzar el acceso del derecho a la autonomía reproductiva liderando cambios legales, institucionales y sociales que han permitido avanzar en el acceso al aborto a lo largo de la región. Destacan entre sus publicaciones recientes: Martínez Coral, C., y Perico, M. F., (2024). La obligación de respetar y garantizar los Desca y su relación con la eliminación de la violencia contra la mujer. En S. Soto Rodríguez (Ed.), *La Convención de Belém do Pará. Comentarios sobre su historia, desarrollos y debates actuales* (Konrad-Adenauer-Stiftung).

Correo electrónico: cmartinez@reprorights.org

**Viviana Mazur** es médica especialista en Medicina General y Familiar. Co-coordina el Grupo de Trabajo en Salud Sexual de la Federación Argentina de Medicina General. Está a cargo de acceso a interrupción de embarazo en la Coordinación Salud Sexual VIH e ITS del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Proveedora de servicios de salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención del sistema público de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Formadora de especialistas en Educación Sexual Integral. Integrante del Consejo Académico del Postítulo de Especialización Docente de Nivel superior en Educación Sexual Integral del Ministerio de Educación en GCBA. Integrante del grupo promotor de REDAAS y del Consejo Consultivo de CLACAI. Docente de numerosas diplomaturas relacionadas con salud sexual, género y derechos humanos. Entre sus publicaciones se encuentra: Mazur, V. (Coord.). (2023). *Trayectoria de la Federación Argentina de Medicina General en la lucha por los derechos de salud sexual y reproductiva en la Argentina* (CEDES).

Correo electrónico: mazurviviana@yahoo.com.ar

**Guillermo Ortiz Avendaño** es médico ginecólogo y obstetra graduado de la Universidad de El Salvador con especialización en embarazos de alto riesgo obstétrico. Tiene una maestría en Gestión Hospitalaria. Fue docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de El Salvador por más de quince años, además de coordinar el posgrado de la especialidad de Ginecología y Obstetricia en dicha universidad. Formó parte de juntas directivas de asociaciones y federaciones de ginecología y obstetricia de El Salvador y de Centroamérica. Ostentó puestos directivos clave en el Hospital Nacional de la Mujer en El Salvador, en donde fue testigo de las injusticias debido a la criminalización del aborto en dicho país. Actualmente reside en los Estados Unidos y trabaja para Ipas como asesor médico senior. Ha participado en diferentes publicaciones científicas, entre las que se encuentra: Küng, S. A., Ochoa, B., Ortiz Avendaño, G. A., Martínez López, C., Zaragoza, M., y Padilla Zúñiga, K. (2021). Factors affecting the persistent use of sharp curettage for abortion in public hospitals in Mexico. *Women's Health* 17.

Correo electrónico: Ortizg@ipas.org

**Edward Pérez** es candidato doctoral en la Facultad de Derecho del University College of London (Reino Unido), con maestría en Derecho Internacional por la Universidad de Cambridge (Reino Unido) y maestría en Políticas Públicas por la Universidad de los Andes (Colombia). Su investigación se centra en reparaciones estructurales en casos de violacio-

nes de derechos humanos, el derecho a la no discriminación y el derecho procesal interamericano. Destacan entre sus publicaciones recientes Pérez, E. J., y Perico, M. F. (2021). La perspectiva de género como principio de interpretación del derecho interamericano. En *Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericano 2021* (Fundación Konrad Adenauer).

Correo electrónico:edward.perez.23@ucl.ac.uk

**Adriana Pérez Arias** es maestra en Psicología Educativa por la Universidad Tecnológica de México y licenciada en Psicología con Área de Concentración Social por la UAM-Unidad Xochimilco. Ha colaborado en el diseño de políticas públicas para la atención de la violencia de género y de salud sexual y reproductiva en el CNEGSR. Durante cinco años se desempeñó como parte del equipo técnico del Programa de Asignación de Subsidios para la Prestación de Servicios de Refugio para Mujeres, sus Hijas e Hijos que viven Violencia Extrema, donde realizó lineamientos técnicos para la prestación de servicios de atención psicológica, médica, legal y de trabajo social para brindar atención integral. Actualmente es jefa del Departamento de Acceso a Servicios de Aborto Seguro en el CNEGSR, donde coordina acciones dirigidas a la población y el personal de salud para brindar atención al aborto en apego de los estándares de calidad establecidos en el *Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México*.

Correo electrónico: adriana.pereza@salud.gob.mx

**Daniela Pinedo Torrentera** es ecofeminista y activista en la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Cuenta con una licenciatura en Ciencias Ambientales y una maestría en ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural por El Colegio de la Frontera Sur, con una línea de investigación en estudios de sociedad y cultura, enfocándose especialmente en el análisis de las relaciones de género y medio ambiente desde perspectivas interseccionales. Su compromiso con el aborto seguro comenzó en 2018, cuando se formó como acompañante de aborto y contribuyó a la fundación de una colectiva que trabaja por el acceso a abortos seguros, libres y sin estigma. Actualmente reside en Baja California, México, donde trabaja como consultora independiente.

Correo electrónico: daniela.torrentera@gmail.com

**Fabián Portnoy** es médico, especialista recertificado en Medicina General. Especialista universitario en Salud Pública por la Universidad de Buenos Aires (UBA) y magíster en Salud Pública (UBA). Responsable de la Coordinación Salud Sexual, VIH, ITS y Tuberculosis

del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (CABA). Docente autorizado de la Facultad de Medicina (UBA), jefe de Trabajos Prácticos del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina (UBA), co-coordinador del Grupo de Trabajo en Salud Sexual de la Federación Argentina de Medicina General. Entre sus publicaciones se encuentran: Mazur, V., Weller, S., Pistani, L., Capresi, Á., Trillo, F., Goldín, L., y Portnoy, F. (2022). La respuesta a la ILE-IVE en el subsistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Algunas características de su desarrollo y cambios observados a partir de la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). *Revista AMAdA. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción* 18(1), 33-39, y Vázquez, S., Portnoy, F., Gutiérrez, M. A., y Bustamente, J. (2020). La Ciudad Autónoma de Buenos Aires adhirió al protocolo nacional que brinda acceso a la interrupción legal del embarazo. *Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil* 27(3), 72-76.

Correo electrónico: fportnoy@intramed.net

**Biani Saavedra Avendaño** cuenta con una maestría en Ciencias de la Salud con área de concentración en Sistemas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y un doctorado en Políticas Públicas por el Centro de Investigación y Docencia Económicas. Actualmente forma parte del equipo de Ipas LAC como coordinadora de Investigación. Con más de diez años de experiencia en investigación en temas de salud sexual y reproductiva en México y América Latina, ha desempeñado roles de investigación en diversas instituciones como el INSP de México. Ha sido consultora del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva de la OMS, trabajando en la búsqueda de indicadores de aborto seguro a nivel global. Ha contribuido al campo de la investigación con la publicación de diversos artículos científicos y capítulos de libro en revistas nacionales e internacionales con procesos de revisión de pares, entre los que se encuentran: Saavedra-Avendaño, B., Schiavon, R., y Darney, B. G. (2021). Relationship between abortion at first pregnancy and live births by young adulthood: a population-based study among Mexican women. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 34(4), 552-557.

Correo electrónico: SaavedraB@ipas.org

**Georgina Sánchez Ramírez** es investigadora especialista en Género, Salud, Sexualidad y Relaciones Interpersonales, PhD. en Sexualidad y Relaciones Interpersonales por la Universidad de Salamanca, España, y maestra en ciencias en Población por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Es investigadora titular del Departamento de Salud

de El Colegio de la Frontera Sur, en Chiapas, México. Ha trabajado desde hace más de veinte años como especialista en género y salud, consolidándose en el tema de partería profesional y casas de parto en México y América Latina. Actualmente trabaja los temas de aborto con medicamentos, atención digna del parto y lactancia materna. Considera trabajar a profundidad las crianzas para mejorar la salud infantil a partir de la primera infancia desde un lugar consciente y libre de violencia machista. Entre sus publicaciones se encuentran: Sánchez-Ramírez, G., y Veldhuis, S. (Coord.) (2022). *Realidades y Retos del aborto con Medicamento en México* (ECOSUR/Ipas); Guerrero, C., y Sánchez-Ramírez, G. (2023). *A toda teta. Lactancias maternas como fuerza amorosa desde las voces de sus protagonistas* (ECOSUR/Lactanciamos/Ixchel); y Veldhuis, S., Sánchez-Ramírez, G., y Darney, B. (2024). “That is when I understood everything”: Ideological trajectories of pro-choice female doctors in Mexico. *Contraception* 136.

Correo electrónico: [gsanchez@ecosur.mx](mailto:gsanchez@ecosur.mx)

**Elvia Adriana Sereno Ramírez** realizó estudios de Sociología en la UNAM. Ha colaborado en diversas investigaciones sobre el tema de violencia de género, víctimas de delitos de alto impacto y derechos humanos, así como en el diseño de instrumentos y análisis de información cualitativa y cuantitativa. Actualmente colabora en el equipo técnico de la Dirección de Violencia Intrafamiliar del CNEGSR.

Correo electrónico: [adriana.sereno.dvi@gmail.com](mailto:adriana.sereno.dvi@gmail.com)

**Dalia Margarita Souza López** es licenciada en Periodismo y maestra en Gestión y Desarrollo Social por la Universidad de Guadalajara. Como periodista se ha especializado en temas de derechos humanos, desaparición de personas y resistencias feministas. Ha desempeñado el puesto de jefa de Información en el noticiero Señal Informativa Lagos de Moreno de Radio Universidad de Guadalajara y en el sitio de periodismo digital e independiente ZonaDocs, donde actualmente ejerce el cargo de coordinadora general. Es profesora de cátedra en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, campus Guadalajara, donde imparte las unidades de formación de Producción Periodística Convergente, Ciudades que Expresan y Bloque Integrador de Comunicación. Es autora del reportaje “Jalisco: Encarceladas por abortar”, que forma parte de la investigación colaborativa “Castigar la libertad: La criminalización del aborto en México”, coordinado por Comunicación e Información de la Mujer A. C., y del capítulo “Resistir en la memoria. La lucha de los familiares de las víctimas de la violencia del 7 de julio de 2013 en Lagos de

Moreno, Jalisco” del libro *Extraños en su tierra. Las sociedades rurales a la vuelta del siglo* (El Colegio de Michoacán, 2022).

Correo electrónico: [daliasouzal@gmail.com](mailto:daliasouzal@gmail.com)

**Dalia Szulik** es doctora en Ciencias Sociales. Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en el Instituto de Estudios de América Latina y el Caribe (IEALC), Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, y Profesora adjunta de la carrera de Ciencias de la Comunicación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Áreas de interés: el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, las políticas públicas, la investigación social. Entre sus publicaciones se encuentran: Szulik, D. (2023). Aborto, ciudadanía y calidad de la atención. En Lubertino, M. J. (Comp.). *Los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, incluido el aborto, como derechos humanos y derechos personalísimos* (Eudeba); y Szulik, D. (2022). Impresiones sobre la práctica profesional de los médicos. Cambios y permanencias en la última década. En Petracci, M. (Coord.). *Comunicación y salud: eHealth entre luces y sombras* (Teseo).

Correo electrónico: [daliaszulik@gmail.com](mailto:daliaszulik@gmail.com)

**May Wejebe Shanahan** es antropóloga social por la Universidad Autónoma de Yucatán y maestra en Gestión y Políticas en Salud por la Facultad de Medicina de la UNAM. Ha realizado investigación sobre racismo, determinantes sociales de la salud y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Forma parte del equipo que diseñó y publicó el *Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México* y que realiza la implementación de la política pública para la territorialización de los Servicios de Aborto Seguro. Actualmente es subdirectora de Atención a la Violencia Sexual y de Género en el CNEGSR.

Correo electrónico: [wejebe.shanahan@gmail.com](mailto:wejebe.shanahan@gmail.com)

**Nina Zamberlin** tiene un B. A. en Estudios Internacionales y Sociología por la Hamline University (St. Paul, EE. UU.) y especialización en Investigación Social en Salud Sexual y Reproductiva (CEDES, Buenos Aires, Argentina). Es oficial principal de Programas de Fòs Feminista. Áreas de interés: salud y derechos sexuales y reproductivos, aborto seguro, aborto con medicamentos, adolescencia. Entre sus publicaciones se encuentran: Juonola van Keizerswaard, L., De Vries, I., Moran, N., Poorter, S., Kok, M., Zamberlin, N., Kim, S., Favier, M., y Chavkin, W. (2024). The role of healthcare providers in expanding

legal abortion: Qualitative insights from Argentina, Ireland and South Korea. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 164(S1), 21-30; y Szulik, D., y Zamberlin, N. (2020). La legalidad oculta: Percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud. *Sexualidad, Salud y Sociedad* 34, 46-67.

Correo electrónico: nzamberlin@fosfeminista.org

**Mara Zaragoza Ledesma** es licenciada en Comunicación, egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México. Posee un diplomado en Formación Docente por el Instituto Nacional de Salud Pública y otro en Evaluación Educativa por la Universidad de Panamá. Ingresó a Ipas en 2006 como asesora de Sistemas de Salud y asumió el cargo de gerente del Programa de Calidad de los Servicios en 2019. Su amplia experiencia se centra en la construcción de relaciones de colaboración con los sistemas de salud y la coordinación de procesos formativos en salud reproductiva, con énfasis en aborto y anticoncepción, dirigidos tanto a audiencias especializadas como no especializadas. Cuenta con años de experiencia como facilitadora de talleres de clarificación de valores y transformación de actitudes (VCAT). Ha participado en diferentes publicaciones científicas, entre las que se encuentra: Küng, S. A., Ochoa, B., Ortiz Avendaño, G. A., Martínez López, C., Zaragoza, M., y Padilla Zúñiga, K. (2021). Factors affecting the persistent use of sharp curettage for abortion in public hospitals in Mexico. *Women's Health* 17.

Correo electrónico: zaragozam@ipas.org



*"Puedo ser parte del cambio":  
personal médico en la lucha por el aborto seguro en  
Latinoamérica* se terminó de producir en Braun Ediciones  
en febrero de 2025 en la Ciudad de México.  
Para su composición se usaron tipos  
Minion Pro de 11 puntos.



**Suzanne Veldhuis** es médica, activista y académica feminista. Es graduada de la Universidad de Ámsterdam, maestra en Ciencias en Desarrollo Rural y Recursos Naturales y candidata a doctora en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable de la Orientación Salud, Equidad y Sustentabilidad de ECOSUR. Cuenta con más de diez años de experiencia laboral y académica en proyectos relacionados con la salud sexual y reproductiva y el aborto seguro en México. Es cofundadora y coordinadora de la Red de Médicas por el Derecho a Decidir y supervisora médica para Women on Web. Se ha especializado en el tema del aborto autónomo, el acompañamiento feminista y su articulación con el sector médico.

✉ [suzanne.veldhuis@gmail.com](mailto:suzanne.veldhuis@gmail.com)

Este libro busca reconocer, documentar y difundir el aporte de personal médico para ampliar el acceso al aborto seguro en las mujeres y otras personas con posibilidad de gestar en Latinoamérica. A través de un viaje de experiencias y aprendizajes en países diversos como Argentina, México, Colombia, Ecuador, El Salvador, Panamá y Perú, podemos constatar que tienen la posibilidad de influir no solo con su trabajo cotidiano, sino también mediante el activismo, la incidencia política, los testimonios ante las cortes, acciones dentro de su gremio y en la creación de nuevos modelos de atención exitosos y empáticos.

Los ejemplos compartidos en esta obra —documentados con rigurosidad científica, y con perspectiva de género, salud y derechos humanos— son de utilidad para personas tomadoras de decisiones, sociedad civil y academia, así como de inspiración para que profesionistas médicas y estudiantes de medicina encuentren caminos a favor de la lucha por el aborto libre y seguro en Latinoamérica, reconociendo que son una pieza fundamental para el logro de la justicia reproductiva de la región.

