



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**Interrupción Voluntaria del Embarazo luego de 21 semanas:  
Significados a partir de la experiencia en las mujeres.  
Colombia, 2016-2020.**

***Voluntary interruption of pregnancy after 21 weeks: meanings  
from the experience of women. Colombia, 2016-2020***

**Joaquín Guillermo Gómez Dávila**

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
Héctor Abad Gómez  
Medellín, Colombia  
2020**



**Interrupción Voluntaria del Embarazo luego de 21 semanas:  
Significados a partir de la experiencia en las mujeres.  
Colombia, 2016-2020**

***Voluntary interruption of pregnancy after 21 weeks: meanings  
from the experience of women. Colombia, 2016-2020***

**Joaquín Guillermo Gómez Dávila  
Tesis para optar por el título de Doctor en Salud Pública**

**Director de Tesis: Carlos Enrique Yepes Delgado  
Médico, Doctor en Epidemiología**

**Grupos de Investigación:  
Respuesta Social en Salud y Nacer, Salud Sexual y Reproductiva.  
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia**

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
Héctor Abad Gómez  
Medellín, Colombia  
2020**

*"Nuestro deber ético, nuestra obligación ante un conflicto entre valores y normas legales, es hacer aquello que consideramos lo más justo, calificación que sólo puede surgir de nuestra misma vivencia y comprensión de la situación específica, referente válido para decidir".*

*María Ladi Londoño, Ética de la ilegalidad: visión de género y valores reproductivos.*

## Contenidos

Resumen .....	10
Introducción .....	14
1. Planteamiento del Problema .....	21
1.1. Problemática de desigualdad en la implementación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.....	21
1.2. La problemática alrededor de la IVET .....	22
1.3. Antecedentes y contexto del problema .....	26
1.3.1. Las luchas feministas en América Latina y el Caribe.....	26
1.3.2. Cuba y México frente a la IVE y la IVET .....	33
1.3.3. Salud pública, feminismos y derecho a la IVE y la IVET.....	40
1.3.4. El aborto y la interrupción voluntaria del embarazo en el contexto colombiano.....	46
1.4. Las preguntas de investigación .....	76
2. Objetivos .....	78
2.1. Objetivo General.....	78
2.2. Objetivos Específicos .....	78
3. Marcos del trabajo de investigación .....	79
3.1. Marco sociodemográfico .....	79
3.2. Marco conceptual.....	83
3.2.1. Conceptos básicos .....	83
3.2.2. Aspectos teóricos relacionados con el método de investigación y con las preguntas de investigación .....	91
4. El abordaje epistemológico y la metodología de la investigación. 112	
4.1. El abordaje epistemológico .....	112
4.1.1. La epistemología feminista .....	114
4.1.2. Estrategias del enfoque histórico-hermenéutico .....	115
4.1.3. La observancia epistemológica .....	115
4.2. Aspectos metodológicos .....	116
4.2.1. El equipo de apoyo y el comité de tesis doctoral .....	116

4.2.2.	Diseño y construcción de herramientas de investigación	117
4.2.3.	El proceso de tratamiento y análisis de los datos .....	122
4.2.4.	Superación de riesgos, y limitaciones de la investigación	126
4.2.5.	La calidad de la información .....	127
4.2.6.	Los aspectos éticos de la investigación .....	129
4.2.7.	Socialización de resultados .....	131
4.2.8.	La investigación como ejercicio de reflexividad .....	132
5.	Datos y resultados iniciales .....	143
5.1.	Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas .....	143
5.2.	Codificación abierta .....	146
5.3.	Codificación axial.....	149
5.4.	Codificación selectiva .....	155
5.5.	Matriz Paradigmática .....	161
6.	Resultados .....	164
6.1.	Fenómeno central: .....	167
6.1.1.	El tabú.....	168
6.1.2.	El enfrentamiento con el significado de los demás .....	168
6.1.3.	Las agresiones.....	168
6.1.4.	La necesidad de las mujeres de justificar su decisión .....	169
6.1.5.	La intimidad y secreto de la decisión de IVET.....	169
6.2.	El contexto.....	171
6.2.1.	La negación de derechos .....	171
6.2.2.	El estigma .....	172
6.2.3.	La subvaloración del trabajo reproductivo .....	173
6.2.4.	El sufrimiento de las mujeres.....	174
6.2.5.	La rebeldía .....	174
6.3.	Posibles causas.....	175
6.3.1.	Enterarse del embarazo en una edad gestacional avanzada, una sorpresa y un dolor.....	175
6.3.2.	Causas de la decisión tardía de interrupción de la gestación .....	176

6.4.	Relaciones de acción e interacción .....	186
6.4.1.	Inter-acciones a favor y en contra de la decisión de la IVET .....	186
6.4.2.	Interacción consigo mismas.....	195
6.4.3.	Interacción con las personas significativas de su entorno ..	196
6.4.4.	Interacción de la mujer con el "nuevo ser" .....	196
6.4.5.	Interacciones con Dios.....	196
6.4.6.	Las interacciones con el personal de salud.....	197
6.4.7.	Interacciones, emociones, sentimientos y la necesidad de la mentira en las mujeres que afrontan la IVET.....	198
6.4.8.	Un modo de interacción basado en la mentira .....	205
6.5.	Consecuencias.....	207
6.5.1.	El cambio de actitud .....	207
6.5.2.	Aprendizajes de las mujeres luego de la IVET .....	210
6.5.3.	No se deseó vivir la experiencia de un embarazo, ni se eligió que éste fuera de riesgo o producto de una violación, por tanto, no se quiere repetir tal experiencia. ....	210
6.5.4.	Se aprende a no juzgar; a ser más comprensiva y menos dominante .....	211
6.5.5.	Las mujeres aprenden a apoyar a otras mujeres que viven situaciones similares.....	212
6.5.6.	La IVET moviliza la capacidad de cuestionar y lograr conciencia crítica. ....	213
6.5.7.	Se aprende a valorar más la vida y las relaciones con las personas de su entorno.....	214
6.5.8.	Es posible para las mujeres la autonomía: tomar sus propias decisiones .....	214
6.5.9.	Es posible transformar la vida, empoderarse e incidir en el cambio social .....	215
7.	Discusión .....	217
7.1.	Fenómeno central.....	217
7.1.1.	El patriarcado y el tabú para limitar la libertad de las mujeres .....	217
7.1.2.	La necesidad de las mujeres de justificar su decisión .....	220

7.1.3. La intimidad y secreto de la decisión de IVET.....	222
7.2. Contexto para la decisión de la IVET .....	225
7.3. Las causas y las circunstancias que llevaron a las mujeres a la decisión de la IVET.....	232
7.3.1. Enterarse del embarazo en una edad gestacional avanzada, una sorpresa y un dolor.....	233
7.3.2. Causas de la decisión tardía de interrupción de la gestación .....	234
7.4. Relaciones de acción - interacción .....	241
7.4.1. Inter-acciones a favor y en contra de la decisión de la IVET que toman las mujeres.....	242
7.4.2. Interacciones con quienes obstaculizan .....	243
7.4.3. Interacciones con quienes favorecen la decisión de las mujeres .....	246
7.4.4. Interacción consigo mismas.....	248
7.4.5. Interacción con las personas significativas de su entorno ..	248
7.4.6. Interacción de la mujer con el “nuevo ser” .....	248
7.4.7. Interacciones con Dios.....	249
7.4.8. Las interacciones con el personal de salud.....	249
7.4.9. Interacciones, emociones, sentimientos y la necesidad de la mentira en las mujeres que afrontan la IVET.....	250
7.5. Consecuencias de la IVET para las mujeres.....	255
7.5.1. El cambio de actitud .....	256
7.5.2. Aprendizajes de las mujeres luego de la IVET .....	257
7.6. Es posible para las mujeres la autonomía: tomar sus propias decisiones.....	262
7.7. Es posible transformar la vida, empoderarse e incidir en el cambio social .....	265
7.8. Finalizando .....	268
Conclusiones.....	271
Recomendaciones.....	285
Referencias Bibliográficas .....	297
Anexos.....	315

## **Figuras**

Figura 1. Matriz paradigmática de la investigación. ....	162
Figura 2. Secuencia de procesamiento de datos y resultados.....	164
Figura 3. Causas de IVET nombradas por las mujeres. ....	235
Figura 4. Con quiénes interactúan las mujeres durante el proceso de la IVET. ....	242
Figura 5. Las consecuencias para las mujeres de la IVET. ....	256
Figura 6. Aprendizajes durante la IVET mencionados por las mujeres. ....	258
Figura 7. Recomendaciones emanadas de esta investigación.....	285

## **Cuadros**

Cuadro 1. Codificación abierta: ejemplo de lista de códigos abiertos. ....	146
Cuadro 2. Listado de códigos abiertos que dieron origen a la categoría descriptiva número 25, denominada "ser consciente" y sus dos propiedades constitutivas. ....	150
Cuadro 3. El contexto en que se lleva a cabo la IVET. ....	157
Cuadro 4. Las causas para decidir la IVET.....	158
Cuadro 5. Las relaciones de acción interacción durante el proceso de la IVET. ....	158
Cuadro 6. Las consecuencias de haberse realizado la IVET.....	159
Cuadro 7. El fenómeno central relacionado con el proceso de la IVET.....	160

## **Tablas**

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres participantes en la investigación. ....	144
Tabla 2. Listado de categorías descriptivas. ....	149



## **Anexos**

Anexo 1. Consentimiento informado.....	315
Anexo 2. Guion de entrevista semiestructurada.....	320
Anexo 3. Guion de entrevista semiestructurada ajustada.....	324
Anexo 4. Preguntas relacionadas con variables de persona tiempo y lugar.....	326
Anexo 5. Categorías descriptivas con sus propiedades y dimensiones. .....	328

## Siglas

- AMEU:** Aspiración Manual Endo Uterina
- AUC:** Autodefensas Unidas de Colombia
- CEDAW:** Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer
- CENESEX:** Centro Nacional de Educación Sexual
- CEPAL:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- CISAMF:** Centro Integral de Servicios Ambulatorios para la Mujer y la Familia
- CLACAI:** Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro
- CMF:** Coalición de Mujeres Feministas
- EAPB:** Empresas Administradoras de Planes de Beneficio
- EPS:** Empresas Promotoras de Salud
- FARC:** Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
- FEDIM:** Federación de Mujeres Cubanas
- FNALIDM:** Movimiento Nacional de Mujeres, el Frente Nacional de Lucha por la Liberación y los Derechos de las Mujeres
- GIA:** Grupo Interdisciplinario para el estudio del Aborto en México
- GIRE:** Grupo de Información en Reproducción Elegida
- GNTEs:** Grupo Nacional de Trabajo de Educación Sexual
- IACF:** Inducción de Asistolia Cardíaca Fetal
- ICMA:** Conferencia del Consorcio Internacional del Aborto con Medicamentos
- INS:** Instituto Nacional de Salud
- IPPF:** Federación Internacional de Planificación Familiar (en inglés International Planned Parenthood Federation)
- IPS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
- IS:** Interaccionismo Simbólico
- ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual
- IVE:** Interrupción Voluntaria del Embarazo
- IVET:** Interrupción Voluntaria del Embarazo Tardía (sigla creada para esta investigación)
- LAICIA:** Litigio de Alto Impacto en Colombia
- MS/SC:** Medicina Social y Salud Colectiva

**ODM:** Objetivos del Milenio  
**ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible  
**OMS:** Organización Mundial de la Salud  
**ONG:** Organización No Gubernamental  
**ONU:** Organización de Naciones Unidas  
**POS:** Plan Obligatorio de Salud  
**SAS:** Sociedad por Acciones Simplificada  
**SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud  
**SNS:** Superintendencia Nacional de Salud  
**TF:** Teoría Fundada  
**U de A:** Universidad de Antioquia  
**UP:** Unión Patriótica  
**UPC:** Unidad de Pago por Capitación

## Resumen

La Interrupción Voluntaria del Embarazo luego de 21 semanas, es cuestión polémica y poco estudiada; esta investigación propone la sigla IVET para visibilizarla, y permite comprender sus significados en las mujeres residentes en Colombia que la han vivido.

El objetivo de la investigación fue comprender los significados de la experiencia de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) luego de las veintiuna (21) semanas de gestación, en mujeres residentes en Colombia.

Se analizaron datos de 19 entrevistas semiestructuradas realizadas a 18 mujeres que se hicieron la IVET del 2016 al 2020, además de datos del diario de campo y grupos focales con mujeres de la investigación y expertas, igualmente entrevistas con expertos y expertas en derechos sexuales y derechos reproductivos, con el propósito de corroborar o desvirtuar los hallazgos de la investigación. La metodología incluyó a la Teoría Fundamentada, el Interaccionismo Simbólico y la Epistemología Feminista.

Cualquier mujer en edad reproductiva, independientemente de su religión o educación, puede requerir la IVET, por embarazo no deseado, feto malformado, violación sexual, pobreza, ausencia o violencia de pareja, diagnósticos tardíos y otras causas. Las mujeres son estigmatizadas, culpabilizadas, deben justificarse, mentir, soportar en soledad y secreto este sufrimiento; pero no soportan una maternidad impuesta, entonces sostienen su decisión a pesar del contexto de negación sistemática de sus derechos, presiones externas, obstáculos institucionales y métodos crueles para hacerlas desistir. Esta fortaleza de realizar en su cuerpo un ejercicio clave de autonomía, resignifica sus vidas.

La IVET significa contrariar *de facto* el tabú patriarcal que prohíbe terminar con la gestación. Esta investigación devela un tipo particular de violencia de género, obstétrica e institucional: la ejercida contra mujeres que deciden la IVET; evidencia también su resistencia, y llama a la salud pública para que garantice la IVET, erradicando cualquier tipo de violencia, y brindando servicios de salud con calidad, prontitud y respeto. El empoderamiento de las mujeres instaaura la posibilidad de incidir en la transformación sociocultural, desde lo individual, como forma particular de abrir camino, para las demás mujeres, a los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Para concluir podemos decir que el uso del poder como dominación es el eje central del patriarcado, que se manifiesta con violencia, misoginia y

prejuicios en contra de las mujeres, manifestaciones que se exacerban aún más en situaciones extremas como la IVET y que hace que los hombres a pesar de estar implicados en el proceso no asuman, en la mayoría de los casos, su responsabilidad, porque han sido socializados para entender y vivir su masculinidad en términos de dominación, violencia y desprecio por las mujeres.

**Palabras Clave:** Salud Reproductiva, Derechos Reproductivos, Aborto legal, Autonomía personal, Violencia contra la mujer.

## Abstract

Voluntary Interruption of Pregnancy after 21 weeks is a controversial issue for which little research has been conducted. In this study we propose a Spanish acronym, IVET, to visibilize it and better understand its significance among the women residing in Colombia who have experienced it.

Our goal was to understand the significance of Voluntary Interruption of Pregnancy (IVE for its Spanish acronym) after twenty-one (21) weeks of pregnancy among women residing in Colombia.

We analyzed data from 19 semi-structured interviews with 18 women who chose to interrupt their pregnancy between 2016 and 2020. Similarly, we used data from a field journal and focus groups with both participants and experts. Finally, we also included interviews with experts on sexual and reproductive rights in order to confirm or discard our findings. The methodology included Grounded Theory, Symbolic Interactionism and Feminist Epistemology.

Any woman of reproductive age may request an IVET regardless of religion or schooling level. Her reasons may include: unwanted pregnancy, a malformed fetus, rape, poverty, an absent or violent partner, late diagnosis etc. Women are stigmatized and blamed; they must justify themselves, lie and endure this suffering alone and in secret, yet they cannot endure an imposed maternity. Therefore they remain firm in their decision in spite of the systematic denial of their rights, external pressure, institutional obstacles and cruel methods designed to make them desist. Consequently, the strength to perform such a crucial exercise of autonomy within their own bodies re-signifies their lives.

IVET is a *de facto* challenge to the patriarchal notion forbidding pregnancy interruption. This study reveals a particular type of gender, obstetric and institutional violence suffered by women seeking IVET. Likewise, it provides an account of their resistance and urges public health systems to ensure IVET availability along with quality, timely and respectful healthcare services. Empowering women allows them to contribute, as individuals, to a social transformation because this paves the way for other women to access their own sexual and reproductive rights.

To conclude, we could say that using power for domination is the main goal of the patriarchy. Such purpose manifests itself as violence, misogyny and prejudice against women. This is further intensified during extreme situations such as IVET and causes men to disregard their responsibility in most cases, even though they are implied in the process

because they have been socialized to understand and experience their masculinity in terms of domination, violence and spite towards women.

**Keywords:** Reproductive Health, Reproductive Rights, Legal Abortion, Personal Autonomy, Violence Against Women.

## Introducción

El objetivo de esta investigación fue comprender los significados de la experiencia de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) luego de las veintiuna (21) semanas de gestación, en mujeres residentes en Colombia. Para denominar este evento se ha propuesto durante el proceso de esta investigación, la sigla IVET, agregando a la usada IVE la T de Tardío. El hecho de no existir hasta ahora, una sigla establecida universalmente para este evento es signo de su invisibilización; muestra que casi nadie quiere hablar de ello y se elude el abordarlo para ser estudiado con mayor profundidad.

Esta tesis se propone caracterizar la situación que viven las mujeres al enfrentar la decisión y realización de la IVE Tardía, en adelante IVET, a la luz de la experiencia en las mujeres que la han vivido. También se describen las causas y circunstancias que las llevaron a realizarse este procedimiento y se logra un acercamiento a sus emociones y sentimientos frente a esta situación. Además, se identifican los obstáculos y violencias que enfrentan, sus resistencias, y los apoyos institucionales y no institucionales que encuentran durante el proceso que las lleva a la IVET.

Esta investigación se realizó con el interés de dar voz a las verdaderas protagonistas del hecho, las mujeres, para hacer visibles los significados que ellas dan sobre la IVET, significados que no han sido suficientemente investigados, ni divulgados. Se trata de evidenciar como las mujeres que toman la decisión de la IVET, se enfrentan a sus propios pensamientos sobre la maternidad, la IVE y la IVET, así como a los de su familia y a los de la sociedad en general, que son los significados impuestos por una cultura patriarcal (1,2), donde ellas están subordinadas y son subalternas (3), sometidas al orden masculino, androcéntrico, hegemónico, que hace apropiación de la reproducción, como uno de sus más importantes ideales.

Para esta investigación se entiende el patriarcado como un sistema que "...valora la guerra, la competencia, la lucha, las jerarquías, la autoridad, el poder, la procreación, el crecimiento, la apropiación de los recursos, y la justificación racional del control y de la dominación de los otros a través de la apropiación de la verdad" (1). Adicionalmente se define la subalternidad como el silenciamiento estructural del subalterno o subalterna dentro de la narrativa histórica capitalista. No hay duda de que el subalterno habla físicamente; sin embargo, su habla no adquiere estatus de diálogo, en otras palabras, el o la subalterna no ocupa una



posición discursiva desde la que puedan hablar o responder. Como dice Spivak, es el espacio en blanco entre las palabras y dicho silenciamiento no significa que el subalterno o subalterna no existan (3,4).

Ahora bien, la dominación a la mujer por el patriarcado y que estas no sean consideradas seres dialógicos, que sean subalternas ante los hombres, da cabida a la categoría género, entendida como las relaciones sociales de desigualdad entre los sexos (5). En otras palabras, el patriarcado establece el dominio masculino y la subalternidad de lo femenino, dándole todo el sentido a la categoría género, que en esta investigación abordaremos directamente desde la posición de las subalternas, las mujeres, sin perder de vista que muchas de sus voces hablarán de esta dominación.

La apuesta es clara: permitir que las mujeres hablen de su vivencia de la IVET, observar la materialización y el alcance de los derechos sexuales y derechos reproductivos tomando como referencia la experiencia de mujeres que han accedido a la IVET en Colombia, y abordar la problemática desde el marco de las luchas feministas por la igualdad de género y por el disfrute efectivo de tales derechos.

La Corte Constitucional de Colombia, en el año 2006, despenalizó la IVE (6) en tres circunstancias específicas y no limitó la edad gestacional (7). Por ello es importante conocer lo que ocurre a las mujeres que toman la decisión de terminar una gestación por encima de las 21 semanas. Tanto para las mismas mujeres como para la sociedad en general y la academia, los hallazgos de esta investigación son útiles para cuestionar el sistema de mitos y creencias, con el fin de cambiar creencias preestablecidas con respecto a la IVET, plantear nuevas preguntas de investigación y avanzar en el posicionamiento de los derechos de las mujeres en una sociedad como la colombiana, profundamente inequitativa, violenta (8,9) y patriarcal (10-15).

Igualmente, teniendo presente que ésta es una tesis doctoral en salud pública, es pertinente cuestionar el papel de ésta en la IVET en cuanto tiene que ver con el disfrute efectivo de los derechos sexuales y derechos reproductivos, y en particular el derecho a decidir sobre el propio cuerpo por parte de las mujeres, la disminución del aborto inseguro y la disminución de morbilidad relacionada con eventos reproductivos.

Por otro lado, está el papel relevante de la salud pública en cuanto tiene que ver con la contribución del logro de derechos y justicia social; en otras palabras y tornándolo en pregunta: ¿será posible una salud pública donde las mujeres participen de manera igualitaria en la toma de decisiones en salud? En última instancia ¿será posible una salud pública feminista?

Esta apuesta investigativa permitió avanzar en un proceso de interacción con las mujeres que se habían realizado una IVET, con el equipo que colaboró con la investigación, con expertos y expertas en género y derechos, con organizaciones de mujeres y veedurías ciudadanas, que me llevaron a una transformación como persona, a conocer más a fondo y a cambiar mi percepción sobre las luchas feministas por la igualdad y por los derechos humanos, y en especial los derechos sexuales y los derechos reproductivos; en última instancia, a empezar a de-construir mi *habitus* patriarcal (16), a adoptar estos temas como convicciones en mi vida y asumirlos como referentes teóricos para entender y explicar los datos encontrados.

Se asume esta investigación desde una perspectiva o enfoque histórico-hermenéutico y de acuerdo con la pregunta por los significados de la IVET para las mujeres, la perspectiva desde las mujeres y la solidaridad con ellas; esta investigación es feminista. Se eligió a la teoría fundada (TF) como el método más adecuado desde el punto de vista epistemológico para satisfacer las necesidades de la investigación. La TF me permitió partir de los datos e ir a la teoría (inducción), luego de la teoría volver a recolectar nuevos datos con el propósito de verificar o desvirtuar la teoría (deducción) y en algunos momentos utilizar la abducción como momento creativo para tratar de explicar de mejor manera los hallazgos. Igualmente empleamos la triangulación metodológica (17) que incluyó información obtenida con diferentes técnicas: entrevistas semiestructuradas con mujeres, diario de campo, grupos focales con mujeres y con expertos-as y entrevistas con expertos-as. Se hizo comparación de los resultados de diferentes observadores: se compararon los hallazgos de quienes colaboraron en la investigación y se hicieron acuerdos cuando fue posible. Se utilizaron técnicas de recolección que complementaron o profundizaron la información: revisión documental de la literatura, revisión de referentes teóricos, documentos jurídicos y documentos técnicos que abordaban el tema de la IVE y la IVET.

Se realizaron 19 entrevistas semiestructuradas a 18 mujeres que se habían realizado una IVET; inicialmente el muestreo fue por conveniencia y se realizaron 11 entrevistas, acto seguido se hizo el proceso de codificación abierta, axial y selectiva, lo que permitió recurrir a teorías existentes para explicar los hallazgos. Posteriormente, con el propósito de ahondar en algunos aspectos que el equipo de apoyo de la investigación consideró importantes, o con el ánimo de verificar o desvirtuar dichas teorías, se hicieron 8 entrevistas más. Estas últimas entrevistas requirieron de una readecuación del guion de entrevista para lograr el fin propuesto y de la selección de mujeres más dispuestas a

contribuir con la investigación, esto es lo que la literatura denomina muestreo teórico (18).

En el proceso investigativo basado en TF, es fundamental el tema de las subjetividades e intersubjetividades, los significados, la historia y las vivencias, no sólo de las mujeres entrevistadas, sino también del investigador.

Es importante mencionar que los métodos de selección de las entrevistadas, la recopilación y el análisis de los datos, y la subjetividad e intersubjetividad del investigador analizando, no fueron considerados como etapas separadas en el proceso de investigación; por el contrario, el proceso fue sistemático, iterativo e interactivo, proceso en espiral donde los métodos y la emergencia de teoría ocurrieron simultáneamente, en un proceso comparativo constante, logrando niveles más altos de abstracción y un hilo de historia coherente, que reflejara el sentir y el significado que estas mujeres y el investigador le dan a la IVET.

Este proceso me permitió formular aproximaciones a una teoría sustantiva que, a través de su socialización y luego de los necesarios debates académicos y con el movimiento de mujeres, podría convertirse en una teoría más formal (18) en el sentido de llegar a ser útil como modelo, tanto metodológico como conceptual, para futuras investigaciones sobre éste problema o sobre cuestiones similares.

Para hacer un análisis de los sentidos que dan las mujeres a la IVE y la IVET, es necesario mencionar algunos de los problemas generales en los que se enmarca.

En primer lugar, hay una discordancia entre los mandatos de la ONU y su aplicación en los países, de hecho, muchos de ellos a pesar de haber firmado las diferentes convenciones internacionales en lo referente a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos, donde está incluido el tema de la IVE como un derecho (19), se resisten a implementarlos efectivamente en sus territorios (20), lo que genera clandestinidad, inequidad en el acceso al aborto seguro, así como todas las complicaciones ya mencionadas previamente, afectando principalmente a las mujeres más pobres por terminar sus gestaciones en condiciones no seguras (21–24), obligando a grupos organizados de la sociedad civil, usualmente de carácter feminista, a recurrir a las instancias judiciales para tratar de alcanzar el disfrute efectivo de dichos derechos.

En segundo lugar, dentro de los mal llamados países en vías de desarrollo, como es el caso de Colombia, existe una considerable polarización alrededor del tema y los diferentes grupos religiosos, así como los grupos más conservadores de la sociedad se oponen radicalmente a la

terminación libre y voluntaria de la gestación por parte de las mujeres (6). En Colombia, por ejemplo, a pesar de la despenalización de la IVE, persisten múltiples barreras de acceso para las mujeres que libre y voluntariamente deciden no continuar adelante con su gestación, barreras ejercidas por dichos grupos, por integrantes administrativos y asistenciales del propio sistema de salud (25,26), por la poca difusión de la información a la población general y en particular a las mujeres, como se evidenció en la encuesta de precepción sobre la IVE realizada por la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres en el 2017, donde se evidenció, en un grupo de 1.083 mujeres acompañadas por la Mesa, fallas en la prestación de servicios de salud; desconocimiento del marco legal en materia de respeto, protección y garantía del derecho a la IVE, barreras de carácter cultural, barreras específicas en zonas de conflicto armado e interpretación restrictiva del marco legal en materia de IVE (6,27).

Por último, aunque es el más importante, está la necesidad de algunas mujeres de terminar con una gestación avanzada, donde ya existe un feto formado; como el procedimiento consiste en detener el corazón del feto previa a la inducción del trabajo de parto, esto exacerba aún más los sentimientos de culpa de las mujeres, sus familias, sus amigas-os, el personal de la salud y diferentes sectores de la sociedad, que usualmente tienen una visión tradicional: defender la vida del feto, aún por encima de los deseos y los derechos de otra vida, la de las mujeres (28,29).

Las luchas feministas han sido, son y serán en el futuro instrumentos de transformación de nuestra sociedad para lograr el disfrute efectivo y total de los derechos, pero no hay que olvidar que, también desde el plano individual, incluso con poca o ninguna conciencia feminista, muchas mujeres al decidir la IVET y realizarla, constituyen un poder que, a pesar de actuar desde el silencio y el secreto, incide en el cambio sociocultural a favor de los derechos reproductivos de todas las mujeres al cuestionar a las personas e instituciones que conocen de la situación y exigirles el cumplimiento de lo consignado en la sentencia de la Corte Constitucional. Algo similar a la denominada desobediencia civil (30).

Esta investigación devela uno de los mayores ejercicios personales de autonomía que hacen las mujeres en medio de un contexto patriarcal que las reprime; observa también sus resistencias y mantenimiento en la dolorosa pero necesaria decisión de la IVET. Y lo más importante, como llamado a la salud pública tradicional: se visibiliza un tipo de violencia específica que tendrá que ser erradicado con el compromiso de las instituciones y con la denuncia que empiece a hacer el movimiento social de mujeres. Se trata de una violencia de género: la violencia obstétrica específica contra las mujeres que deciden y se realizan la IVET.

A continuación, para claridad del lector se aborda de forma resumida la estructura de la tesis. Se explican los marcos de trabajo, puntualizando en los conceptos básicos requeridos y en las teorías que justifican el abordaje epistemológico y metodológico particular que asume esta tesis. Por lo tanto, se hablará de la situación colombiana y de la situación particular de las mujeres; se discutirán los conceptos básicos como el género, los derechos sexuales, los derechos reproductivos, la salud sexual. La salud reproductiva, las decisiones responsables, la violencia obstétrica, entre otras; acto seguido se abordarán los aspectos relacionados con el método y la pregunta de investigación: el enfoque histórico-hermenéutico, el interaccionismo simbólico, la construcción de significados, la construcción social del conocimiento y la teoría fundada como método (Cap. 3).

Seguidamente (Cap. 4), se habla del cómo buscar respuestas a los interrogantes planteados, es decir se expone el abordaje epistemológico y la metodología elegida para la investigación. Se justifica por qué fue la teoría fundada, y no otro método, el elegido para la investigación. Se menciona el equipo de apoyo de la investigación y el Comité de Tesis Doctoral y su funcionalidad. Se describen las herramientas utilizadas en la investigación, como el guion de entrevista, las entrevistas semiestructuradas y el diario de campo. También se habla de la reflexividad, que en última instancia es una reflexividad colectiva y no sólo una introspección del investigador (31), quien permanece en diálogo con las mujeres entrevistadas, incluso en confrontación consigo mismo (16). La investigación se realiza en estrecha relación con las mujeres participantes, con el equipo de salud que directa o indirectamente participó de las IVET, con grupos de mujeres organizadas, autoridades de salud y personas que de una u otra forma participaban del proceso de la IVET. Más que una reflexividad epistémica, es una reflexividad ética (31).

A continuación, se presentarán los resultados o hallazgos de la investigación. En un primer momento se mostrarán los datos sociodemográficos de las mujeres que accedieron a ser entrevistadas, incluyendo los datos sobre tiempo de gestación al momento de la IVET y causa de la IVET. Luego se explicará la codificación abierta, axial y selectiva de los datos recogidos aplicando la inducción, la deducción, la abducción y el método comparativo constante. Para finalizar, emerge la matriz paradigmática, una llave maestra de comprensión que se amplía posteriormente (Cap. 5).

En el capítulo de Resultados (Cap. 6), se presentan los testimonios de las mujeres, siguiendo el hilo conductor de la categorización trazada por la matriz paradigmática, que surgió de la propia voz de las mujeres en

interacción con el investigador y que permitió construir posteriormente una teoría sustantiva y arribar a las conclusiones de investigación.

La discusión sobre los resultados de la investigación se desarrolla según lo justificado en el abordaje epistemológico y la metodología, como un diálogo de saberes entre la voz de las mujeres entrevistadas, el investigador y su equipo, la voz de los autores y autoras consultados, y las opiniones de profesionales expertos en el tema que fueron consultados-as. De esta manera el texto va conversando y profundizando a partir de cuanto las mujeres hablan de sus experiencias relacionadas con la IVET, a partir de los resultados primarios organizados en la Matriz Paradigmática (capítulo 7).

Así, abordando el Fenómeno central se irán respondiendo las preguntas sobre el ámbito patriarcal y el tabú que construye con respecto a la reproducción; las justificaciones que deben buscar las mujeres frente a su decisión; el secreto, el uso de la mentira y la culpa como gran mecanismo de control sobre las mujeres.

De la voz de las mismas mujeres observaremos el Contexto en el que se produce la IVET y las causas y circunstancias que las llevaron a ella. Se indaga sobre las razones que tienen las mujeres para tomar una decisión tardía de suspender la gestación, y qué papel cumplen las presiones externas o las circunstancias de malformación fetal o embarazo causado por violación sexual.

Con respecto a las relaciones de acción-interacción, se resolverán las inquietudes sobre los obstáculos que enfrentan las mujeres y los apoyos que hallan durante el proceso de tomar la decisión de la IVET y ejecutarla; se identifica con quiénes se relacionan en el proceso y se capta el mundo emocional que se desata alrededor de la decisión y ejecución de la IVET.

Finalmente, se resolverán las preguntas de investigación con respecto a las consecuencias de la IVET en las mujeres que se la han realizado: ¿cómo cambia su actitud? ¿Cuál es el antes y después de la IVET? ¿Cuáles son los aprendizajes de las mujeres y sus relaciones con otras mujeres que han pasado por lo mismo? ¿Qué valores asumen durante el proceso y que nuevos significados descubren con respecto a su ser de mujeres, personas y ciudadanas?

En el último capítulo se elaboran las conclusiones y las recomendaciones que se derivan de la investigación.

## 1. Planteamiento del Problema

### 1.1. Problemática de desigualdad en la implementación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos

A continuación, se describe en líneas generales la problemática de desigualdad en la implementación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, la prevalencia del Estado patriarcal capitalista<sup>1</sup>, las fallas en los anticonceptivos, las dificultades para el acceso al aborto seguro, y el aborto clandestino. En seguida, se abordará el problema específico relacionado con la IVET.

Como fondo problemático, se presenta la situación actual de la salud pública tradicional en relación con los derechos sexuales y los derechos reproductivos -en particular con la IVE-, pues si bien es verdad que ha dado luchas por lograr el disfrute efectivo de los derechos, también ha tenido falencias, en cuanto todavía no ha incorporado íntegramente la igualdad de género y la interseccionalidad, perspectivas necesarias para resolver las desigualdades y las inequidades, y lograr mayor justicia social.

*-Desigualdad en la implementación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos:* Los países pertenecientes a la ONU han discutido, acordado y firmado las declaraciones y resoluciones internacionales que en las últimas dos décadas reconocen los derechos sexuales y los derechos reproductivos (13), donde el aborto inseguro y sus complicaciones han sido declarados como un problema de salud pública. Por consiguiente se deben prevenir mediante la educación sexual, la educación reproductiva, la planificación familiar y los servicios para un aborto sin riesgos en la medida que lo permita la ley de cada país, así como la atención posterior al aborto en todos los casos (24). Sin embargo, la implementación de dichos derechos ha sido desigual a nivel global (23) y la ONU a través de sus diferentes agencias, ha insistido en la necesidad de que todas las mujeres tengan la posibilidad de acceder a un aborto seguro en sus territorios (19,24,33-36).

---

<sup>1</sup> “Hay múltiples condicionantes estructurales que se imponen a la mayoría de las mujeres en esta sociedad, fuera de su voluntad y heredadas del pasado, que reproducen relaciones de explotación y opresión: eso que llamamos capitalismo, racismo y patriarcado... La ideología patriarcal existe antes del capitalismo, pero este la transformó bajo nuevas condiciones. El capitalismo se aprovecha de esta discriminación para abaratar el trabajo de mujeres y niños y así rebajar las condiciones laborales en su conjunto, pero las mujeres son siempre las primeras en ser despedidas y enviadas de vuelta a casa, cuando los ciclos del capital cambian.”(37)

*-Prevalencia del Estado patriarcal:* Lo anterior debido a las concepciones de un estado patriarcal (2), donde la mujer y grandes grupos de la sociedad se consideran inferiores, generando de entrada profundas brechas en justicia social que incluyen, entre otras, la inequidad en el acceso a servicios de salud de calidad entre los diferentes países, la pobreza, la poca educación de grandes segmentos de la población, las legislaciones nacionales en contra del aborto, la subordinación de la mujer, el habitar en las áreas rurales de países en vías de desarrollo, y las creencias religiosas fundamentadas en la inferioridad de las mujeres (37).

*-Fallas de los anticonceptivos:* Pero incluso si se superaran todas estas dificultades y no existiera el estado patriarcal, no nos podemos olvidar que todos los métodos anticonceptivos disponibles, a pesar de su uso correcto, tienen algún porcentaje de falla, lo que conlleva, sólo por esta causa a 33 millones de embarazos accidentales por año, y muchas de estas mujeres tomarán la decisión de no continuar con su embarazo (24), por lo tanto, es necesario que todos los países tengan servicios de aborto seguro y así evitar las consecuencias del aborto clandestino.

*-Dificultades para el acceso al aborto seguro:* En la actualidad tenemos el conocimiento científico en materia de métodos anticonceptivos y de aborto (38-40), contamos con los esfuerzos de la comunidad internacional, con la presencia de grupos feministas organizados y coordinados que continúan ejerciendo presión en todos y cada uno de los países (41), sin embargo, aún no se logra el acceso al aborto universal, seguro y gratuito, y por ende, a la disminución de sus consecuencias.

*-Aborto clandestino:* La mujer que decide abortar, lo hace independiente de que el aborto sea legal o no en su respectivo país (24). En otras palabras, el deber ético de las mujeres queda por encima del deber jurídico, atendiendo el propio sentir y conciencia individual, median o no disquisiciones de tipo político, religioso o jurídico. Las mujeres colocan los valores de la vida y las decisiones de conciencia por encima de las formalidades legislativas (42), de ahí que la existencia de barreras o restricciones para el aborto, lleve a la mujer a recurrir a personal no profesional o a sitios no adecuados para la atención del aborto, lo que incrementa enormemente los riesgos para la salud y la vida de las mujeres (24).

## **1.2. La problemática alrededor de la IVET**



La IVE luego de las 21 semanas de gestación o Interrupción Voluntaria del Embarazo Tardía (IVET), se diferencia de la IVE en múltiples aspectos como que usualmente la mujer se da cuenta del embarazo a una edad gestacional avanzada, generando aún más sufrimiento que enterarse de un embarazo no deseado a edad gestacional más temprana, pues de hecho se piensa que ya es muy tarde para lograr interrumpir el embarazo o que se corren riesgos muy altos para vida de la mujer, la que genera más sufrimiento; de otro lado, está el hecho de haber visto por imágenes ecográficas un feto totalmente formado, similar a un recién nacido y llegar incluso a pensar que terminar con la gestación sería similar a un asesinato; está la dificultad adicional que encontrar una institución para realizar una interrupción del embarazo temprana es un proceso relativamente fácil y disponible ampliamente en el territorio nacional, sin embargo en el caso de una terminación tardía de la gestación solo existe pocos centros en las dos o tres principales ciudades del país; para la terminación de una gestación temprana usualmente no se requiere hospitalización o a lo sumo dos o tres horas mientras se realiza el procedimiento, pero en una gestación avanzada se requieren varios días de hospitalización, lo que genera angustia y dificultades para que las mujeres pueda ausentarse por este tiempo de sus casas; de otro lado, para la terminación de la gestación a partir de las 21 semanas de gestación, los protocolos médicos exigen la inducción de la asistolia cardiaca fetal antes de proceder a la terminación de la gestación (28,43), lo que implica causar la muerte al feto dentro del vientre materno, situación que no es necesaria en las terminaciones más precoces de la gestación y que genera angustia, miedo y sentimientos encontrados; también está el hecho de tener que experimentar un trabajo de parto y parto de un feto muerto, situación que no se presenta en las terminaciones más precoces y que igualmente genera todo tipo de sentimientos, usualmente dolorosos (44).

Todos los aspectos mencionados anteriormente hacen que la IVET tenga asociada una problemática más compleja y que requiera procesos de atención diferentes y más prolongados a los de la terminación de la gestación a edades tempranas. Sin embargo, a pesar de estas marcadas diferencias entre la IVE y la IVET, sobre el aborto en general existe mucha bibliografía disponible, pero sobre la IVET y en particular sobre la perspectiva de las mujeres al respecto, existen muy pocos artículos científicos (44,45). En otras palabras, es un tema invisibilizado que requiere más investigación y visibilización, tanto en el ámbito nacional como internacional.

De los dos artículos científicos encontrados en la búsqueda realizada, el de Brasil aborda la terminación de la gestación luego de las 21 semanas por malformaciones fetales incompatibles con la vida. La mayoría de los embarazos eran deseados y las mujeres experimentaron tristeza, pánico, no podían aceptar el hecho, lástima, dolor y deseos de morir, que persistió hasta después de terminado el evento (45). El otro estudio realizado en Israel, igualmente con mujeres que tenían embarazos deseados y fetos con malformaciones incompatibles con la vida, también devela la experiencia insoportable de causar la muerte del feto *in útero* o feticidio, donde se pone en evidencia la interfase de una experiencia personal y un fenómeno social, pues para estas mujeres el feticidio era una experiencia social inaceptable (44). Las mujeres bajo estas circunstancias describen un intenso dolor físico y emocional, pero el dolor psicológico era el más difícil de superar luego del feticidio; igualmente sentían que perdían el control, pues debían decidir entre dos alternativas igualmente adversas (44).

La IVET es un capítulo nuevo en Colombia donde confluyen:

- Aspectos de tipo epidemiológico como la frecuencia del evento, las causales para acceder, la edad gestacional, las barreras para el acceso, y los impactos psicológicos, sólo por mencionar algunas.

- Aspectos relacionados con los servicios de salud, que deben contar con un equipo entrenado y dispuesto a atender con respeto y comprensión a las mujeres.

- Aspectos de índole ética y moral (46), que se viven con el aborto en general, pero que a edades gestacionales avanzadas se agudizan y generan aún más conflicto.

- Aspectos relacionados con los significados (47) que las propias mujeres le dan a esta situación, como participantes en un proceso casi siempre penoso y conflictivo.

La importancia de esta investigación reside en la necesidad de dar voz a las mujeres, de conocer los significados que ellas dan con respecto a la IVET, que implica causar la muerte a su feto dentro de su propio cuerpo y luego enfrentar un trabajo de parto y parir un feto muerto, situación diferente a la IVE de menores edades gestacionales, donde no hay que enfrentar todo este proceso tan complejo, y que sin embargo, causa profundas transformaciones en las mujeres (28,29,43-45). Se trata de escuchar las voces que harán visible esta situación compleja, pues falta un proceso de reflexión en múltiples niveles de la sociedad, incluida la discusión entre las propias mujeres y sus familias, y entre el personal de salud, entre otros, todo con miras a tratar de comprender y mejorar esta

experiencia de dolor, no exenta de barreras, y poder actuar de manera asertiva y consciente con las mujeres, asegurando el respeto por la dignidad humana, por los derechos, especialmente por tratar de causar el menor impacto psicológico negativo posible.

Existe una gran amenaza para la vida y la salud de las mujeres: la falta de reconocimiento de la mujer como una persona capaz de tomar decisiones moralmente responsables y de asumir las consecuencias de sus decisiones. Esta negación de la autonomía de las mujeres se expresa claramente cuando ni a la sociedad ni a la ciencia le importa su voz y sus sentimientos. Por ello es necesario continuar insistiendo en la transformación de la salud pública de nuestro país, en el reconocimiento de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, en la legalización del aborto, en la implementación de servicios de aborto seguro y accesibles, en la asesoría de calidad para el uso de anticonceptivos para reducir los embarazos no deseados (23,48). Sobre todo, es necesario eliminar las legislaciones que le imponen el embarazo a las mujeres y no las reconocen como sujetos moralmente dignos de tomar decisiones (42,49).

Los problemas que enfrentamos en este estudio son: la falta de elementos para comprender la realidad de las mujeres con respecto a la IVET, la ausencia de aceptación de la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones que tienen que ver con su propio cuerpo, y las limitadas formas de contribuir con la disminución de las cifras de morbimortalidad relacionadas con el aborto en Colombia. Todo tiene que ver con el problema de persistencia de una mentalidad adversa a los derechos que lleva a situaciones como las vividas recientemente, de tratar de limitar el derecho a la IVE como lo propuso la magistrada Cristina Pardo (50), ponencia que fue rechazada por la Corte Constitucional en el año 2018 (51).

Dado el problema de la falta de conocimiento de lo que significa para las mujeres la experiencia de la IVET, tanto para las autoridades de salud, los directivos de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), el personal asistencial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS), las directivas de las facultades de medicina, enfermería y salud pública, las y los investigadores y la población en general, se justifican investigaciones, como ésta, que den voz a las mujeres, lo mismo que se hace necesario la divulgación amplia de los resultados de tales investigaciones.

### **1.3. Antecedentes y contexto del problema**

El contexto es indispensable, pues determina en gran parte a los individuos e influye en sus decisiones y conductas; de ahí la importancia de plantearnos esta problemática en el contexto particular de América Latina y el Caribe, y en una sociedad como la colombiana, caracterizada por la violencia, la dominación de las élites, las más profundas inequidades, la subordinación de casi todos, pero principalmente de las mujeres. Y lo más importante un escenario adverso donde las luchas feministas y la Corte Constitucional lograron generar un cisma: la despenalización del aborto.

Indudablemente los hallazgos de esta investigación en otros contextos serían diferentes; inclusive se requiere reforzar la importancia de hacer más indagaciones contextuales, en ámbitos cada vez más localizados (por ejemplo, la situación de la IVET para las mujeres afro, específicamente, o los significados de la IVET en mujeres en contexto de prostitución; o el caso particular de las migrantes, o de las indígenas). Esto nos permitirá comprendernos y aportar elementos de juicio para la toma de decisiones en políticas públicas nacionales y municipales, que irán definiendo el futuro de nuestra sociedad.

#### **1.3.1. Las luchas feministas en América Latina y el Caribe.**

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos humanos, promulgados por la ONU (52,53) y por consiguiente, los países firmantes de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, tienen la responsabilidad de implementar dichos derechos en sus territorios.

En este apartado no discutiré si los derechos humanos realmente son universales, ni abordaré su origen histórico en Occidente y mucho menos el cómo sería posible que otros pueblos, con culturas y percepciones diferentes sobre la dignidad humana, podrían llegar a discutir los derechos humanos y lograr un mestizaje intercultural con dichos derechos (54).

El propósito aquí es hacer un recorrido histórico de las luchas feministas en pro del aborto legal, enmarcadas dentro de las luchas por los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el contexto de América Latina y el Caribe, y plantear algunas perspectivas de futuro de las luchas feministas.

Al ubicarnos en América Latina y el Caribe, nos referimos a una región pluriétnica y multicultural, caracterizada por grandes desigualdades económicas, políticas y sociales (9,55), que afectan a todos sus

habitantes, pero especialmente a las mujeres, más aún si son pobres, rurales, afrodescendientes o indígenas (55). Los derechos sexuales y los derechos reproductivos en estos contextos, donde además la iglesia católica tiene una influencia relevante (56), son negados permanentemente. Más aún el derecho a la interrupción libre y voluntaria del embarazo, lo que lleva a abortos clandestinos, no seguros y a morbilidad y mortalidad evitables. De hecho, América Latina y el Caribe tienen la razón más alta de abortos en el mundo por cada 1.000 mujeres entre 15 y 44 años, e incluso esta razón ha venido en aumento, pasando de 40 en el periodo de 1990 a 1994, a 44 entre los años 2010 y 2014 (57).

Los movimientos feministas de América Latina y el Caribe han venido luchando, de forma más sobresaliente desde los años 70, por la incorporación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en particular sobre el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, lo cual implica la inclusión del aborto legal en las legislaciones nacionales. Para ello han esgrimido argumentos de salud pública, de justicia social y de igualdad de género. Los argumentos de salud pública provienen de la alta morbilidad física y psicológica, así como de la mortalidad por aborto inseguro, principalmente entre las mujeres más pobres (22,58,59). Los argumentos de justicia social están relacionados con resolver las desigualdades en la disponibilidad de recursos económicos y oportunidades, pues las mujeres con dinero abortan sin poner en riesgo sus vidas, por el contrario las mujeres pobres tienen que recurrir al aborto clandestino e inseguro que las expone a riesgos para su salud y su vida; por consiguiente, el acceder al aborto legal y gratuito es un pequeño aporte a la justicia social (60). Finalmente, las aspiraciones democráticas de autonomía, de igualdad de oportunidades y de participación plena e igualitaria de las mujeres en la vida política, serían más factibles si se reconocieran a plenitud los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

El Primer encuentro feminista latinoamericano se gestó por iniciativa de las mujeres venezolanas, que por razones de índole económica no pudieron realizarlo en su país; fue así como en diciembre de 1979 la feminista venezolana Giovanna Machado llegó a Bogotá y les propuso a sus compañeras colombianas que realizaran dicho encuentro. El Primer encuentro feminista latinoamericano que se realizó en Bogotá en julio de 1981, versó sobre sexualidad y política; fue un encuentro que permitió tejer redes y se convirtió en un decisivo impulso para los feminismos de la región. Asistieron 300 mujeres de todo el continente y en él se instituyó el 25 de noviembre como Día internacional de No a la violencia contra la

mujer, por iniciativa de Magali Pineda, Mirta Rodríguez y Ángela Hernández de República Dominicana, en conmemoración de la tortura y posterior asesinato de las hermanas Minerva, María Teresa y Patricia Mirabal, a manos de los órganos de seguridad de la dictadura de Rafael Trujillo (61).

El segundo encuentro fue en Lima, en julio de 1983, asistieron 650 mujeres de todo el continente y el tema principal fue la discusión sobre el patriarcado. En el V encuentro realizado en Argentina, en 1990, se acordó que el 28 de septiembre sería el Día por la despenalización del aborto en América Latina y el Caribe. Periódicamente se han llevado a cabo estos encuentros hasta el realizado en Montevideo en 2017. El próximo encuentro será en noviembre del 2020 en El Salvador.

Las feministas latinoamericanas participaron en la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo en 1994 y en la Conferencia de la Mujer en Beijing en 1995, ambas reuniones convocadas por la ONU. En El Cairo les tocó enfrentar a los jerarcas de la iglesia católica que asistieron con el objetivo de imponer su doctrina en derechos reproductivos y oponerse radicalmente al aborto legal. Al final de la Conferencia los países participantes derrotaron la posición de la iglesia católica y aprobaron declarar que el aborto realizado en condiciones inseguras era un grave problema de salud pública que era necesario enfrentar (60).

Para la Conferencia de la Mujer en Beijing, el Vaticano cambió de estrategia y decidió enviar a sus propias mujeres y a organizaciones no gubernamentales (ONG) de mujeres patrocinadas por ellos y que comulgaban con la postura antiaborto. Las mujeres enviadas por el Vaticano se enfrentaron a las feministas en dicha reunión. Sin embargo, varias organizaciones feministas lideradas por *Catholics for a Free Choice* (Católicas por el Derecho a Decidir) con sede en Estados Unidos, no solo cuestionaron el estatuto de la iglesia católica en la ONU, sino que también cuestionaron la calidad de observador permanente de la Santa Sede, dado que se trataba de una institución religiosa y no de un Estado (60). Como resultado de la Conferencia, no sólo se ratificó lo aprobado en la reunión de Población y Desarrollo del Cairo, sino que también se instó a los países a “considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales” (62). Posteriormente en el año 1999, los países integrantes de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se comprometieron a formular programas para la salud de las mujeres, acogiendo el marco de los acuerdos del Cairo y Beijing.

En el 2004 los movimientos feministas latinoamericanos, participaron en la Conferencia del Consorcio Internacional del Aborto con Medicamentos (ICMA), que se realizó en Johannesburgo, Sudáfrica; fue allí donde se concibió el Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI), para impulsar acciones que permitan articular diversos esfuerzos en la región. Al año siguiente, en la segunda reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro, organizada por *Population Council* en la Ciudad de México, se reafirmó la decisión de formar el Consorcio. En mayo del 2006, 46 representantes de 13 países participaron en la primera reunión general de CLACAI en la ciudad de Lima. Como eje central de la articulación de CLACAI, se definió el campo de la prevención del aborto inseguro y el acceso a las tecnologías actualizadas como el aborto con medicamentos que permiten disminuir los riesgos en la realización del aborto (41).

Los objetivos de CLACAI son: “generar espacios de intercambio para contribuir en el fortalecimiento de acciones nacionales y regionales de promoción, defensa, información, investigación y desarrollo de servicios de atención integral del aborto seguro que permitan el acceso a las tecnologías eficaces y seguras. Fortalecer acciones orientadas a la disminución del aborto inseguro en las agendas nacionales y regionales de salud pública, promoviendo la introducción y amplia disponibilidad de tecnologías apropiadas en un marco de calidad de atención y de ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos” (41).

Las luchas feministas continúan en toda la región y en cada uno de los países, logrando avances, pero también algunos retrocesos, debidos a que los grupos conservadores y la iglesia católica no se quedaron quietos y reformularon su estrategia de oposición a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos y en particular al derecho al aborto, logrando prohibir el aborto en algunos países e introducir en algunas constituciones que la vida debe ser protegida de manera absoluta desde la fecundación del óvulo (60).

Analicemos someramente lo ocurrido en algunos países de la región, dejando de lado a Colombia que analizaremos en detalle en otro apartado de este capítulo. Por ejemplo, El Salvador permitía el aborto en caso de violación, malformación grave del feto y riesgo para la vida de la mujer (63), sin embargo, en abril de 1997 fue reformado el Código Penal y se estableció la prohibición absoluta del aborto (64) por iniciativa de los sectores más conservadores de la sociedad, incluida la iglesia católica, que promovieron además una reforma constitucional en la que se reconoce como persona al óvulo fecundado y la tipificación como delito de las lesiones al no nacido (60). Los grupos feministas han continuado e

intensificado la lucha en pro del aborto legal y seguro (63) y principalmente en defender a las mujeres condenadas por practicarse abortos en El Salvador (65).

En Nicaragua, que tiene un gobierno de izquierda, por presiones de la iglesia católica y a pesar de las gestiones realizadas por diplomáticos de Naciones Unidas y de la Unión Europea, en octubre de 2006 el Congreso de la República adoptó un nuevo Código Penal que prohibió completamente el aborto,

*...sin excepción a embarazos de alto riesgo para la vida o la salud de la mujer, malformaciones graves del feto que le impedirían nacer, o embarazos por violación o incesto, incluso en menores de edad. ... establece hasta dos años de prisión a las mujeres que interrumpen de forma voluntaria su embarazo, no importa si este pone en peligro su vida ... o si se trata de adolescentes o niñas embarazadas por una violación. ... Los profesionales médicos que practican un aborto, también pueden ser condenados hasta con seis años de prisión. ...Aunque no siempre fue así. ... Durante 169 años, desde el primer código penal en 1837, el aborto estaba parcialmente despenalizado en Nicaragua. No era una carta en blanco, como se alegó en las campañas "provida", pero sí se permitía que una mujer embarazada optara a un procedimiento limitado a la valoración de una junta médica (66).*

*¿Por qué, si desde 1893 se permitía el aborto terapéutico, los legisladores nicaragüenses decidieron hacer retroceder esa ley? Otra vez, por la presión de la Iglesia católica. No es absurdo pensar que, con este retroceso legislativo, el Vaticano ha querido mandar una señal de fuerza precisamente en el país que estaba a cargo de la Campaña latinoamericana por la despenalización del aborto (60).*

En República Dominicana, en 2014 el Código Penal introdujo la despenalización del aborto, sin embargo, el tribunal constitucional derogó dichas normas y restableció la penalización total, tal y como consta en el artículo 317 del Código Penal (67). En dicho país la penalización del aborto estaba establecida desde los códigos de 1884 y 1948.

En Honduras, el Código Penal en su artículo 126 establece la penalización total del aborto (68). Los códigos anteriores de 1871 y 1929 igualmente lo prohibían.

En Haití igualmente está prohibido el aborto, como figura en el artículo 262 del Código Penal de dicho país (69).

Chile despenalizó el aborto en 1931, sin embargo, en 1989 se restableció la penalización total, bajo la dictadura de Augusto Pinochet, como consta en los artículos 342 a 345 del Código Penal (70). En el 2015 bajo el gobierno de Michelle Bachelet se presentó un proyecto de ley que



despenalizaba parcialmente el aborto, en casos de violación, inviabilidad fetal y riesgo para la vida de la madre, el cual fue aprobado por el Congreso Nacional en agosto de 2017 y posteriormente refrendado por el Tribunal Constitucional en ese mismo año (71).

En Argentina, el Código Penal de 1921 considera la despenalización del aborto en caso de riesgo para la vida o la salud de la mujer y en caso de que el embarazo sea producto de una violación (72). En el 2012 la Corte Suprema de Justicia ratificó que no eran punibles los abortos en caso de violación y que los médicos no requerían autorización judicial para realizar estos procedimientos y despejó toda duda sobre la norma y exhortó a las autoridades sanitarias a implementar los protocolos adecuados para la atención de la IVE (72). En el 2018, el proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo, que aprobaba el aborto sin restricciones, hasta la semana 14 de gestación, fue negado por el Senado Argentino y en mayo del 2019 el proyecto fue presentado por octava vez a la Cámara Baja (73).

En Bolivia el Código Penal vigente, emitido en 1973, en su artículo 266 habla del aborto impune cuando este fuere causado en caso de violación, raptó no seguido de matrimonio, estupro o incesto y en caso de riesgo para la salud o la vida de la mujer y mantiene en el artículo 265 el aborto honoris causa (74). En 2014 el Tribunal Constitucional Plurinacional estableció que para el aborto en los casos de violación no se debía exigir la denuncia y señaló además que "un feto goza de la protección que emana de la Constitución Política del Estado y las leyes, aunque en menor proporción que la que se otorga a la persona nacida" (75).

El caso de México<sup>2</sup> es importante dado que el Código Penal de 1931 establecía la despenalización del aborto por violación y peligro para la vida de la mujer, sin embargo, las luchas feministas llevaron a que en abril del 2007 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal reformara el Código

---

<sup>2</sup> "Código Penal federal (actual): En este ordenamiento, la normatividad referida al aborto se ha mantenido sin cambios desde 1931. Su ubicación tampoco ha cambiado. Ha sido tan estática su regulación que todavía conserva el aborto cometido por móviles de honor. En cuanto a los abortos no punibles, únicamente se prevén tres supuestos. Dos de ellos en el artículo 333: a) Cuando es causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada, y b) Cuando el embarazo sea resultado de una violación. Cabe subrayar que el primero de ellos aparecía ya en el Código Penal de 1871, y el segundo fue considerado a partir de la primera versión del Código Penal de 1931. Un caso más se recoge en el artículo 334: "cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada o el producto corran peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora". Este caso se conoce como "aborto eugenésico", y ya estaba consignado desde 1871, sólo que no hacía referencia al peligro de muerte del producto, únicamente se atendía al peligro de muerte de la embarazada" (219).

Penal de Ciudad de México, donde se reformuló la definición jurídica penal de aborto, definiendo aborto como la interrupción del embarazo luego de las 12 semanas de gestación y por lo tanto el aborto sólo puede penalizarse a partir de la semana 13 de gestación. Se reformó la ley de salud del Distrito Federal con el propósito de señalar que la atención en salud sexual y salud reproductiva es prioritaria con la finalidad de evitar los embarazos no deseados y entre otros aspectos, se dará información objetiva a las mujeres que soliciten la interrupción del embarazo antes de la semana 13 de gestación (76).

En Uruguay en el año 2012 se aprobó un proyecto de ley sustitutivo sobre la interrupción voluntaria del embarazo (77), que contempla la despenalización total del aborto, sustituyendo las normas vigentes de 1938 que reiteraba las disposiciones del Código Penal de 1933, donde se despenalizaba el aborto por violación, aborto por riesgos graves a la salud, para salvar el propio honor, el de la esposa o un pariente próximo y en caso de angustia económica. Los procedimientos se debían realizar dentro de los tres primeros meses de gestación. En la ley de 2012 queda consignado que toda mujer mayor de edad tiene derecho a decidir la IVE durante las primeras 12 semanas de gestación y que este plazo no se aplicará en caso de que el embarazo sea producto de violación, si estuviera en riesgo su salud o la vida y en caso de malformación fetal grave incompatible con la vida extrauterina (77).

Detrás de todos estos avances y retrocesos en despenalización del aborto, en los países de América Latina y el Caribe, están las luchas feministas, muy importantes desde todo punto de vista. Sin embargo, estos logros no son suficientes y las mujeres continúan pensando, reflexionando y avanzando. En la actualidad hay planteamientos nuevos que no dejan de reconocer los logros alcanzados, pero que los catalogan como totalmente insuficientes, pues no están reconociendo la capacidad ética de las mujeres para la toma de decisiones (49).

En este sentido, es importante mencionar que América Latina y el Caribe tienen diferentes regímenes de despenalización del aborto, que va desde la penalización total, la despenalización por causales, por plazos, hasta modelos mixtos. Sin embargo, todos estos regímenes tienen algo en común y es que están anclados en la norma penal y regulan a las mujeres y a los médicos como potenciales transgresores de la norma y a jueces y organismos de seguridad, como guardianes del cumplimiento de la ley penal. Estas regulaciones convierten a los médicos en los "guardianes del derecho al aborto" y concentran el poder para la decisión en ellos, lesionando el principio de libertad y desconociendo la capacidad moral de las mujeres para la toma de decisiones (49). Entonces, "el desafío es

reemplazar las regulaciones basadas en los médicos por regulaciones basadas en las mujeres. Estas no sólo exigen abandonar la herramienta penal, sino algo bastante razonable: que el Estado y los profesionales de la salud traten a las mujeres como agentes con capacidad moral de tomar decisiones (legítimas moralmente) y de hacerse responsables del curso de acción elegido, que incluye la interrupción de un embarazo” (49).

Para entender mejor el planteamiento anterior, analicemos la situación del Uruguay, una de las regulaciones más liberales. Primero, persisten aspectos que limitan el derecho de la mujer, como mantener la criminalización en los casos que se salen de lo estipulado en la ley. No se redujo la presencia del personal médico y se mantiene la exigencia de un equipo interdisciplinario al cual la mujer debe consultar. Se asigna un rol central al ginecólogo en el proceso de la IVE. Los abortos legales solo se proveen en las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud y quedan descartadas otras instituciones o la autoadministración de medicamentos por parte de la mujer, que podrían ser alternativas para la IVE. Por último, se exige la consulta a un grupo de tres profesionales y un tiempo de espera obligatorio para la toma de la decisión definitiva, además de reconocer la objeción de conciencia para el personal de salud (49), lo que “presupone y sugiere duda en cuanto a la capacidad ética de las mujeres para decidir por sí solas sobre su vida reproductiva” (49).

Para concluir este apartado, podemos asegurar que, en términos generales, en materia de despenalización del aborto, los movimientos feministas han logrado avanzar de manera importante en la mayoría de los países, sin embargo, no están conformes con lo logrado hasta ahora y continúan luchando por el reconocimiento de la libertad y autonomía plenas para las mujeres, porque se les respeta en su toma de decisiones moralmente responsables. Esta problematización hace avanzar la discusión desde el tema de la despenalización del aborto a la dignidad de la mujer como sujeto pleno de derechos. Adicionalmente, las mujeres develan la trampa de la despenalización del aborto y demuestran que continúan siendo objetos de control por parte del Estado patriarcal.

### **1.3.2. Cuba y México frente a la IVE y la IVET**

Durante mi proceso de formación doctoral tuve la oportunidad de visitar, Cuba y México, con el propósito de ver otras realidades y ahondar en el proceso investigativo sobre los significados que dan las mujeres a la IVET. Estas dos visitas, muy diferentes la una de la otra, me permitieron hacer un análisis comparativo de la situación de la IVE en los dos países mencionados, que servirán de insumo para analizar la situación de

Colombia, mi país de residencia, cuyas particularidades están consignadas en otro apartado de este capítulo. Este análisis aportará a la comprensión de los hallazgos y las conclusiones de esta investigación y permitirá entender de mejor manera las situaciones que se viven en torno a la IVE y la IVET en cada uno de estos países.

Los tres países tienen estructuras políticas diferentes: Cuba es un país socialista, que ha mantenido una línea de gobierno constante desde el triunfo de la revolución en 1959. México es un régimen presidencialista, federal, compuesto de estados libres y soberanos. Colombia es un régimen presidencialista, donde el presidente elegido por voto ciudadano directo, ejerce como jefe de gobierno y jefe de Estado.

De igual manera a los sistemas políticos, los sistemas de salud tienen sus particularidades y diferencias, por ejemplo, en Cuba todo el Sistema Nacional de Salud está a cargo del Estado, incluida la financiación y la prestación de los servicios, sin dar espacio a la participación privada (78). En México el Sistema Nacional de Salud está constituido por dos sectores, el público y el privado; a su vez el sector público está integrado por las instituciones de seguridad social, que cubren a los trabajadores de diferentes sectores y las instituciones y programas que cubren a la población sin seguridad social. El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y a los prestadores de servicios privados (79). En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creó un sistema de aseguramiento y estableció relaciones de mercado entre aseguradoras, denominadas Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Los usuarios se afilian a una EAPB, a las que el Estado paga una suma de dinero anual denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC) por cada afiliado, a su vez las EAPB contratan la prestación de los servicios de salud con las IPS, sean estas públicas o privadas. La población sin recursos económicos es cubierta por contribuciones de todos los aportantes al sistema (80).

Es importante tener presente que son las estructuras políticas de los Estados, que a su vez se ven reflejadas en los sistemas de salud, las que determinan el devenir histórico de las luchas feministas y de la legalización o no del aborto en los diferentes países, lo que se verá reflejado en mis percepciones sobre la realidad de Cuba y México. Igualmente, analizaremos lo que ha ocurrido en Colombia en apartes posteriores de este capítulo con respecto a la IVE y la IVET.

### **1.3.2.1 Cuba**

En abril y mayo de 2018 fui a Cuba con el propósito de asistir al congreso Cuba-Salud 2018 y presentar los avances de mi trabajo investigativo sobre los significados de las mujeres en torno a la IVET; acto seguido hice una rotación por el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), cuyos objetivos eran: fundamentar las buenas prácticas que existen en los servicios asistenciales de salud sexual y salud reproductiva en Cuba. Identificar los programas cubanos dirigidos a garantizar la salud sexual y la salud reproductiva. Determinar las buenas prácticas que existen en Cuba sobre la IVE. Y observar los servicios de planificación familiar, asesoramiento genético y acompañamiento de mujeres/parejas que vivencian la IVET en Cuba.

Durante mi estadía pude conocer de primera mano el funcionamiento del Sistema de Salud cubano en lo referente a la IVE y la IVET, pude entrevistarme con personas expertas en el tema de derechos sexuales y derechos reproductivos, y conocer el antes de la revolución y el después en relación con IVE, así como parcialmente su sistema social, percibido desde la vivencia de la vida cotidiana, aspectos que me permitieron formarme una idea de cómo se dan estos procesos en la Isla.

El aborto ha sido una tradición en Cuba y durante muchos años fue el único método anticonceptivo existente; a pesar de que el aborto era ilegal, se practicaba seguramente en clínicas antes de la revolución, pero había que pagar por el servicio. A partir de 1965 se inició un periodo donde el Sistema de Salud empezó con la dispensación del servicio de aborto, pero sólo fue hasta 1979, cuando se emitió un nuevo código penal, en el que a diferencia del resto de países del mundo, se consignaron las tres causas para penalizar el aborto (aborto por lucro, hacerlo fuera de las instituciones de salud y la realización por personal no médico) y no las excepciones para practicar el mismo (81).

Hablar del aborto en Cuba es hablar del aborto como método de planificación familiar, pues es el segundo determinante próximo del número de hijos, en un país donde la población está decreciendo, la expectativa de vida aumentando y por consiguiente la población está envejeciendo (81).

El Sistema de Salud cubano es un sistema centralizado, cien por ciento estatal, con cobertura universal, con indicadores de salud similares para los habitantes del área rural, como para los del área urbana, y cuyos resultados en salud e indicadores se codean con los mejores sistemas de salud del mundo. El propósito del sistema es cubrir todas las necesidades

en salud de la población, incluidos los tratamientos más modernos para infertilidad.

La base del sistema son los consultorios del médico de familia; cada médico de familia tiene a su cargo aproximadamente mil personas. Dicho consultorio queda ubicado en el mismo barrio donde viven las personas, y el médico-a y la enfermera-o del consultorio habitan en el mismo lugar. Su responsabilidad consiste en velar por el bienestar de estas mil personas y servir de enlace entre usuarios-as y el resto del sistema de salud. Este equipo de salud conoce a las familias que tiene a su cargo y realiza visitas domiciliarias con el propósito de hacer vigilancia epidemiológica, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como acciones de atención en salud, incluidos los temas de planificación familiar y apoyo para la regulación menstrual (aborto)<sup>3</sup>.

Por cada 14 o 15 consultorios de "médico de familia", existe un policlínico que sigue siendo del primer nivel de atención y donde se ubican los servicios más demandados por la población, como ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría, nutrición, medicina alternativa y oftalmología, entre otros. Allí llegan las remisiones de "los médicos de familia", incluidas las mujeres para regulación menstrual, la cual se realiza por Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU). Los especialistas de los policlínicos tienen una estrecha comunicación con sus "médicos de familia", lo que facilita la continuidad en los tratamientos y el seguimiento a cada una de las pacientes<sup>4</sup>.

Continuando con esta estructura piramidal, luego están los hospitales y por último los centros especializados de atención, a donde se llega por remisión desde un policlínico o desde un hospital. El Instituto Nacional de Genética es un centro especializado de atención y a él llegan todas las mujeres que tienen 26 semanas o más de embarazo con alguna malformación fetal importante, para hacerles el diagnóstico y definir si se continúa con el embarazo o no. En caso tal que se requiera una Inducción de Asistolia Cardíaca Fetal (IACF), en la decisión participan la mujer y su pareja, si la tiene, el "médico de familia" y los o las especialistas encargados-as del proceso de atención. La IACF se realiza exclusivamente en el Instituto Nacional de Genética y posteriormente la mujer es remitida para la inducción del parto a un hospital. Según la entrevista realizada a

---

<sup>3</sup> Datos obtenidos de una entrevista realizada con un experto en el sistema de salud cubano y corroborado en las visitas presenciales que llevé a cabo directamente a los servicios de salud durante mi estadía de investigación.

<sup>4</sup> Ibídem

la funcionaria del Instituto, se realizan alrededor de seis procedimientos a la semana, a mujeres de todo el país<sup>5</sup>.

Ahora bien, si analizamos qué fue lo que ocurrió para que se garantizara el derecho al aborto de las mujeres cubanas, no encontramos un antecedente de una lucha feminista aislada y prolongada en el tiempo; por el contrario, el cambio obedeció a los ideales de la revolución y fueron las propias mujeres revolucionarias, reunidas en la Federación de Mujeres Cubanas FEDIM, las que propiciaron desde el Estado el cambio, e implementaron los servicios de aborto en todos los hospitales del país, como respuesta a las altas razones de mortalidad materna por esta causa durante los primeros años de la revolución, situación desencadenada por la falta de profesionales de la medicina que realizaran adecuadamente la técnica, pues la mayoría de quienes lo hacían, se habían exiliado en el extranjero (81).

En este orden de ideas, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, incluido el aborto, han estado en la agenda de la revolución. De hecho, en 1962 la Federación de Mujeres Cubanas convocó a especialistas en salud pública con el objetivo de estructurar e iniciar los programas de educación sexual, planificación familiar y salud reproductiva. En 1972 se constituyó el Grupo Nacional de Trabajo de Educación Sexual (GNTES), integrado por profesionales del Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, la Federación de Mujeres Cubanas y organizaciones juveniles, tuvo como propósito crear e instrumentar la política y el programa de educación sexual. En 1988 se creó el CENESEX dedicado al estudio, investigación y educación en sexualidad y como entidad responsable del programa cubano de educación sexual, compromete a toda la sociedad cubana. La escuela, las instituciones de salud, la comunidad y los medios de comunicación social han sido sus principales escenarios de influencia. El Programa de Educación Sexual en Cuba se ha incluido en los programas de docencia médica, en la formación de profesionales de la pedagogía y la psicología y en los programas curriculares del Ministerio de Educación. Todo estos programas pretenden disminuir el número de abortos voluntarios en adolescentes, partiendo del supuesto que sólo una intervención educativa coherente y sistemática puede contribuir a la toma de decisiones conscientes y responsables, y a edificar una imagen segura de sí mismo-a (82).

Soy consciente que la revolución cubana, a pesar de luchar por la igualdad de toda la población, es todavía profundamente patriarcal, situación que se refleja en su sistema de gobierno, en el sistema de salud y en el

---

<sup>5</sup> Datos obtenidos de entrevista con funcionaria del Instituto Nacional de Genética de Cuba.

sistema educativo, entre otros. Esta percepción no es sólo mía; también mucha gente cubana es consciente de ello y de ahí la importancia de una investigación que ha venido develando las prácticas patriarcales en la educación inicial de los y las niñas cubanas, y que, en un trabajo conjunto con docentes, padres y madres de familia, niñas y niños, pretende deconstruir dicho sistema patriarcal (83).

Indudablemente, la mirada crítica sobre este sistema milenario nos permitirá ser conscientes de lo tanto que naturalizamos comportamientos, actitudes y formas de actuar que someten a otros-as, principalmente tratándose de Cuba, y será solo de esta forma que logran paulatinamente ser más autónomas-os<sup>6</sup>.

### **1.3.2.2 México**

En junio de 2018 asistí a un curso de verano sobre género en el Colegio de México, un curso muy prestigioso que acoge estudiantes de todo el continente e incluso de otras partes del mundo. Este curso fue una importante oportunidad para compartir con personas con formas de ver el mundo bastante diferente; pero lo más interesante para mí fue descubrir que a la vez que discutíamos en el ámbito académico ideas profundas sobre los feminismos, sus luchas por la autonomía y la libertad, se sentía el patriarcado al codearme con egos intransigentes y autoritarios de algunas docentes. Era descubrir que no basta con hablar de luchas, de dignidad, de libertad, sino que hay que ser coherentes con nuestro actuar; que en última instancia, el cambio se tiene que producir en uno-una mismo-a; uno-a tiene que sentir y reflejar en su mirada, en su actitud, en su comportamiento, lo que está hablando; no basta con las palabras, el verdadero cambio es interno y se manifiesta en la coherencia entre el ser y el actuar<sup>7</sup>.

México es un país con un sistema educativo público potente, donde la discusión sobre género y violencia contra la mujer está al orden del día. Ciudad de México es una ciudad cosmopolita, con una intensa actividad cultural, con más de 120 museos... Y uno esperaría que toda esta actividad académica y cultural se reflejara en la vida cotidiana de las personas. Sin embargo, no es así y las incongruencias también se viven a diario en la calle; por ejemplo, hay vagones del metro exclusivos para mujeres, para tratar de evitar los abusos sexuales de los hombres, o se oyen noticias que hablan del aumento de los feminicidios en el país (84,85); igualmente se pueden leer estos datos de violencia de género en

---

<sup>6</sup> Datos obtenidos de entrevistas con experta-os cubanos.

<sup>7</sup> Notas del Diario de campo.



publicaciones que demuestran la existencia de violencia en los servicios de salud (86). En última instancia, no existe congruencia entre lo que se discute en la academia y la vida que viven las mujeres, pues siguen siendo sometidas, violentadas y asesinadas<sup>8</sup>.

La despenalización del aborto en México es un tema que compete a cada uno de los 31 estados federados de la nación y a la Ciudad de México. Son 32 realidades diferentes, lo que hace muy complejo una despenalización en todo el país. Por ejemplo, la despenalización del aborto en Ciudad de México ha sido el resultado de una larga lucha feminista, reiniciada en los años 70 con la creación de la Coalición de Mujeres Feministas (CMF), que hicieron posible hablar de lo prohibido e introdujeron el tema del aborto en el ámbito político. A partir de ahí todo ha sido un proceso de lucha permanente contra la derecha y contra la iglesia católica que siempre se han opuesto al aborto. En este largo camino se han creado múltiples coaliciones y grupos, como Mujeres en Acción Solidaria, el Grupo Interdisciplinario para el estudio del Aborto en México (GIA), el Movimiento Nacional de Mujeres, el Frente Nacional de Lucha por la Liberación y los Derechos de las Mujeres (FNALIDM), la Coordinadora Feminista del Distrito Federal, el Frente Nacional por la Maternidad Voluntaria y la Despenalización del Aborto, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), entre otros (76). Todas estas luchas, aunadas a coyunturas políticas complejas, desembocaron en la concertación de un proyecto de ley que fue aprobado en abril de 2007 por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal que despenalizó la interrupción del embarazo hasta las 12 semanas de gestación, sin embargo la ley fue impugnada y un año después, en el 2008 la Suprema Corte de Justicia de la Nación determinó que la despenalización del aborto legislada por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal era constitucional (76).

Indudablemente este es un gran avance, sin embargo, quedan 31 Estados donde el aborto no es legal e incluso 16 de ellos han modificado sus constituciones, luego de la despenalización del aborto en el Distrito Federal, para proteger la vida desde la concepción, por lo tanto, la lucha en México continúa y se tendrá que repetir múltiples veces para, en algún momento, lograr la despenalización del aborto en toda la nación (76).

Para concluir puedo afirmar que la historia de la despenalización del aborto en cada país ha sido diferente y está relacionada con cada devenir político, que ha facilitado o dificultado su despenalización. En Cuba, tras

---

<sup>8</sup> Notas del Diario de Campo.

el triunfo de la revolución, fue muy fácil la despenalización del aborto, porque la revolución buscaba la igualdad entre todas-os los cubanos y cubanas, además de la neutralización de las fuentes de oposición a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos, especialmente la iglesia católica. Por el contrario, en México la lucha ha sido intensa entre quienes desean la despenalización del aborto, y las fuerzas de derecha y la iglesia católica que se oponen, lo que ha representado para Ciudad de México, una demora en la legalización del aborto de cuarenta y cinco años con respecto a Cuba.

### **1.3.3. Salud pública, feminismos y derecho a la IVE y la IVET**

El aborto inseguro indudablemente es un asunto de salud pública en el ámbito global. La Asamblea Mundial de la Salud desde el año 1967 identificó el aborto inseguro como un problema de salud pública de gran magnitud en muchos países del mundo (34). La Conferencia Internacional de Derechos Humanos de 1968 en la República Islámica de Irán, dio origen a un sinnúmero de análisis que concluyeron con un nuevo concepto acerca de los derechos reproductivos, que fueron definidos y aceptados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 en el Cairo, Egipto (19).

Recurriendo a cifras actuales, podemos observar que de los 208 millones de mujeres embarazadas en el mundo por año, el 41% (85.3 millones) tienen un embarazo no deseado, fuente del aborto inseguro (23). Sin embargo, el aborto inducido ha disminuido a nivel global, pasando de 40 por cada mil mujeres de 15 a 44 años en el quinquenio 1990-1994 a 35 en el quinquenio 2010-2014. A pesar de dicha disminución, la situación es muy diferente si hablamos del mundo desarrollado o en vías de desarrollo. El mundo desarrollado ha pasado de 46 a 27 y el mundo en vías de desarrollo de 39 a 37 abortos inducidos en las mismas edades y en los mismos quinquenios mencionados anteriormente. Lo anterior nos lleva a concluir que el descenso global en el número total de abortos inducidos esta dado principalmente por el descenso en la tasa de aborto seguro en los países desarrollados que cayó 19 puntos, mientras que, en los países en vías de desarrollo, donde están la mayoría de los países con leyes restrictivas frente al aborto, fuente del aborto inseguro, solo descendió 2 puntos. Pero aún peor, en la región de América Latina y el Caribe, la tasa de abortos inducidos, no solo no disminuyó, sino que aumentó, pasando de 40 a 44 en el mismo grupo etario y en el mismo periodo de tiempo (57).

Las consecuencias del aborto inseguro en la salud de las mujeres incluyen la hemorragia, la sepsis, la peritonitis, el traumatismo del cuello uterino y de órganos abdominales. Cerca del 20 al 30% de las mujeres que se hacen un aborto inseguro, presentarán infección de los órganos de reproducción, entre el 20 y el 40% presentarán infección del tracto genital superior y el 25% presentarán una incapacidad temporal o permanente que requerirá de atención médica (23).

Por su parte, las luchas feministas han logrado dejar huella internacional, en las Resoluciones de la ONU, 1994-1995, que han sido firmadas por los países miembros, incluida Colombia, lo cual significa comprometerse con la implementación de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos (24,32). Sin embargo, la implementación de los contenidos de las Resoluciones en lo concerniente al derecho a decidir sobre el propio cuerpo y, por ende, el derecho a decidir si continuar o no una gestación, ha sido dispar en los países firmantes. De hecho, la ONU y sus diferentes instancias han venido insistiendo en la necesidad de que las mujeres tengan la posibilidad de acceder a un aborto seguro, en cada uno de sus países, cuando así lo requieran (19,24,33-36).

Las mujeres que recurren a un aborto no seguro usualmente viven en los países en vías de desarrollo. Las mujeres más pobres, afrodescendientes e indígenas y que viven en áreas rurales recurren frecuentemente a prácticas no seguras y a personal no calificado para la realización del procedimiento, lo que les impone una mayor carga de enfermedad y muerte. Se calcula que cada año mueren 47.000 mujeres a consecuencia de complicaciones relacionadas con el aborto en el mundo, 8 millones sufren complicaciones que requieren tratamiento médico, pero solo 5 millones tienen acceso a dicho tratamiento. En América Latina la razón de letalidad es de 30 por cada 100.000 nacidos vivos. En resumen, el 98% de las mujeres que mueren y que sufren complicaciones a consecuencia del aborto, viven en estos países (23), constituyendo un claro problema de justicia social.

Con estos antecedentes surge la siguiente pregunta: ¿Si la ONU, sus agencias y las feministas promueven y estimulan la autonomía y la toma de decisiones responsables por parte de las mujeres, incluida la terminación voluntaria del embarazo, si los adelantos científicos y tecnológicos en salud lo hacen posible, por qué no se logra la implementación total de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos? La respuesta puede considerarse obvia, se están enfrentado a Estados patriarcales, donde los grupos más conservadores de la sociedad y la iglesia católica se resisten y se oponen a la materialización de los derechos y en particular al derecho al aborto (56).

Mi intención no es contestar a fondo esta pregunta, por lo menos en este apartado, sino preguntarme: ¿Cuál ha sido el papel de la salud pública en esta pugna? Para tratar de responder esta pregunta, es necesario revisar la definición de salud desde la que estamos concibiendo la salud pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 definió salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social, haciendo referencia a la salud como la ausencia de enfermedad (87). Esta definición es utópica, por cuanto es prácticamente imposible controlar y alcanzar ese estado completo de bienestar físico, mental y social. Igualmente, es una definición estática, pues habla de un estado a alcanzar, mientras que la vida nos muestra que la salud es dinámica, se puede alcanzar o deteriorar en el día a día, y es cambiante (88).

En 1984 la OMS, regional Europa, presenta otro concepto de salud, definiéndola como "el grado en que una persona o grupo es capaz, por un lado, de llevar a cabo sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y, por el otro de enfrentarse con el ambiente. En consecuencia, la salud debe considerarse no como un objetivo en la vida sino como un recurso más de la vida cotidiana. La salud es un concepto positivo que comprende recursos personales y sociales, así como de capacidad física adecuada" (88).

Más recientemente, la OMS emitió un informe denominado *Subsanar las desigualdades en una generación*, donde los determinantes sociales de la salud o causas de las causas, son centrales (89). Los determinantes sociales de la salud han sido incluidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (90) y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que hablan de disminuir la pobreza, lograr la seguridad alimentaria, educar a la población y en particular a las mujeres, lograr el empoderamiento de las mujeres, y el mejoramiento de las condiciones de vida de los pobres (91), pero sin cuestionar el sistema patriarcal-capitalista en el que vivimos, directo determinante de la desigualdad, la inequidad y la insalubridad de las poblaciones (2,37).

Lo presentado anteriormente corresponde a la salud pública hegemónica, la salud pública oficial de los organismos multilaterales, representantes del sistema patriarcal-capitalista (2,37), pero existe una visión contrahegemónica, basada en una concepción histórica del proceso salud-enfermedad de los individuos. Esto implica que la consideración de los sujetos en grupos sociales particulares y su determinación por las formas de inserción social de sus miembros, o lo que es lo mismo, según su participación en procesos de producción y reproducción social. Estos procesos determinan el acceso al trabajo y el curso que tome la vida de

cada una de las personas, las cuales se manifiestan de modos específicos, lo que se traduce en grupos con especificidades en el trabajo y en la vida, con consecuencias en el proceso salud-enfermedad (92-94).

La medicina social y la salud colectiva (MS/SC) latinoamericanas, surgidas en la década de los setenta, fundamentalmente en Brasil, con el pensamiento de Jairnilson Silva Paim y Naomar de Almeida Filho (95,96), pero también en Ecuador de la mano de Jaime Breilh y Edmundo Granda y en México con Asa Cristina Laurel, surge como campo de conocimientos y de prácticas en salud, como forma de lucha, como proyecto para defender las igualdades sociales y de salud, y como forma de abordar las profundas desigualdades sociales en América Latina (94). De esta forma la MS/SC se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras, incluidas las desigualdades de género (97).

Desde esta perspectiva, la MS/SC hace una crítica a la salud pública hegemónica del paradigma higienista causal, ya mencionado anteriormente, e hizo y hace notar la determinación -y no los determinantes- de los procesos sociales en la salud de los individuos, reinterpretando las relaciones entre lo social y lo biológico, cuestionando la linealidad del paradigma higienista y por ende, cuestionando el sistema político, económico y social en el que vivimos (95). Lo que nos lleva a recordar que la revolución de las relaciones de género no es posible sin trastocar todas las relaciones de género<sup>9</sup> y las otras relaciones de poder que las alimentan y reproducen (92).

Si la salud pública, a pesar de la constante lucha feminista, no ha incorporado la perspectiva de género, más allá de los asuntos formales y políticamente correctos, es por el control ejercido por un sistema sociocultural, político y económico, construido históricamente desde hace cinco mil años en la mayoría de sociedades humanas, que se denomina el patriarcado. La perdurabilidad de este sistema dominador requiere la subordinación de la mujer y otros grupos humanos, en otras palabras el uso del poder como dominación; su fundamento es la negación de la

---

<sup>9</sup> “Las relaciones de género son construcciones culturales que surgen históricamente alrededor de las diferencias sexuales y biológicas entre los hombres y las mujeres. Los diferentes atributos del fenotipo femenino y masculino, como las que se refieren a sus distintas capacidades ergonómicas y osteomusculares, las diferencias del psiquismo básico y del sistema límbico de regulación de las emociones, las diferencias de sus órganos y funciones reproductivas y de la sexualidad, por ejemplo, determinaron roles distintos frente a la sociedad, papeles diferentes ante la producción y una ubicación estratégica desigual respecto a la captación y control de los excedentes y el dominio social. Así se dio un proceso dialéctico entre la parte animal de las diferencias de sexo y la diferencia histórico social de las diferencias e inequidades de género.” (92)

libertad sexual y de la autonomía reproductiva de las mujeres (1,2,37,92).

La MS/SC contiene conocimientos y prácticas lo suficientemente amplias para interpretar la situación actual de la salud y sus servicios, y en este caso en particular, puede explicar el porqué de la oposición al aborto por parte de cierto personal de salud, y cómo afecta esta oposición la prestación de dichos servicios. Igualmente puede apoyar el avance de las condiciones de vida y salud de las poblaciones, promover y fortalecer las expresiones individuales y colectivas progresistas, incluidas las luchas feministas por la igualdad de género, por los derechos sexuales y por los derechos reproductivos, incluido el derecho al aborto; puede impulsar la salud y apoyar la construcción de un Estado democrático coherente con las necesidades y derechos de las mujeres, así como tejer redes de cooperación internacional en éste y en todos los campos que afecten la salud de los individuos y las poblaciones (96).

Es importante comprender desde un punto de vista histórico, cómo se fueron construyendo las categorías y las prácticas en salud, incluidas las categorías y las prácticas en salud sexual y en salud reproductiva. Además, se requiere construir una propuesta científica orientada según el contexto -en este caso de dominación de la mujer-, y asumir la teoría y la práctica -el ejercicio de poder sobre las mujeres-, como parte de un todo. Finalmente, enunciar un presupuesto filosófico-teórico de la salud y la vida, libre de subordinaciones, donde la autonomía y la dignidad de todas y todos sea fundamental, sin descuidar la prevención de la enfermedad (92,97).

En última instancia, la MS/SC latinoamericana propone unos métodos que integren diversas metáforas, variadas hermenéuticas (incluida la científica positivista), capaces de dar cuenta de la acción social y de las estructuras. Así como prácticas sociales que integren diversos actores y poderes, más allá del poder del Estado, que incluirían el accionar de los individuos, de los públicos o movimientos sociales que promueven la salud, los grupos que luchan por la equidad de género, por los derechos sexuales y por los derechos reproductivos, los que controlan socialmente el cumplimiento de los deberes encomendados al Estado, los que luchan por su democratización y que entran en acuerdos-desacuerdos con los poderes supra e infra-nacionales (97).

Indudablemente la propuesta de la MS/SC es innovadora, integradora y problematizadora y permite: dar salida a la polarización en que nos encontramos con relación a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos, ahondar en cómo ha sido la construcción de los obstáculos

que dificultan la integración de la perspectiva de género en los sistemas de salud (comprender los orígenes y el funcionamiento del sistema patriarcal), proponer alternativas para deconstruir y construir, para vencer dichos obstáculos. Es una alternativa fundamental para continuar avanzando en un proceso que logre una salud pública que integre las luchas feministas.

A pesar de que las mujeres han ganado presencia en la medicina y sus especialidades, esto no implica que exista allí una perspectiva de género. Lo que demuestran las investigaciones, emanadas de la MS/SC, es que el sistema educativo continúa formando médicas y médicos patriarcales, manteniendo el *habitus* (98) de dominación (99) sobre las mujeres (100–102), casi imposible de ver y menos de modificar, pues hace parte de la pedagogía y del ejercicio médico, como una pieza más del sistema patriarcal milenar.

Los hallazgos de investigaciones, como el anteriormente mencionado, son fundamentales para avanzar en la comprensión y en la problematización del *habitus* patriarcal, situación que es y será muy incómoda para las universidades, especialmente en el área de la salud. Sin embargo, debemos hacer visible esta problemática, reflexionar y deconstruir, para avanzar en la asunción de la igualdad de género como un *habitus* de los individuos y los colectivos de nuestros países.

Como podemos observar, la lucha por la equidad de género implica necesariamente, cuestionar el uso del poder como dominación, profundamente introyectado como *habitus* y esto solo se puede lograr con la reflexión y la práctica de todas y todos en un contexto histórico de producción determinado; es por ello que la MS/SC se convierte en una alternativa válida para reunir a todos los grupos, organizaciones y personas que luchan contra el sistema actual (patriarcal-capitalista/poder como dominación) y construir una salud pública con unos supuestos filosófico-teóricos por la salud y la vida libres de dominación, donde las mujeres sean tenidas en cuenta como iguales a los hombres, con derecho a hablar y a decidir; sin descuidar lo relacionado con la prevención de la enfermedad, cuya determinación es debida en buena medida a la posición de los seres humanos y de las mujeres en particular en la cadena de producción y de poder (103).

Igualmente es importante incluir e investigar diferentes metáforas de diferentes sociedades y proponer diferentes hermenéuticas que nos permitan ser capaces de comprender y conducir la acción social y su estructura hacia la liberación de la opresión en general y de las mujeres en particular, así como avanzar en la comprensión por parte de los

hombres de que no son dueños de nada, ni de nadie, por el contrario, compartir su poder con el poder de las/los demás para y contribuir con el cambio que necesitamos como seres humanos hacia una sociedad más igualitaria y feliz. Por lo tanto, es necesario integrar a los diferentes actores y poderes sociales en la práctica para poder hacerlos partícipes de los deberes actualmente encomendados al Estado y lograr una real democratización de nuestra sociedad (103).

Para terminar este apartado, es importante saber que existen alternativas de lucha por el aborto legal y seguro, más allá del hegemónico campo de la salud pública, la cual, a pesar de apoyar la despenalización del aborto y propender por la justicia social para las mujeres, no combate los orígenes de la dominación a la que son sometidas las mujeres, especialmente en cuanto a su "designio" en la reproducción. Por consiguiente, será necesario continuar luchando, desde todos los ámbitos posibles, contra el poder como dominación y solo cuando los significados de la mayoría cambien, habremos logrado un cambio de mito (104), que posiblemente nos permitirá ser más conscientes de quienes somos, donde habitamos y cuál es nuestra responsabilidad con un ecosistema diverso del cual hacemos parte.

Es necesario entonces, abrir puertas y trabajar en una propuesta filosófica y epistemológica, integradora de otras hermenéuticas (social, histórica, compleja, innovadora, individual y de poder), donde las propuestas feministas tengan el terreno propicio para ahondar en los orígenes de la dominación y la reproducción como fin, pues sólo de la comprensión de lo que nos ha ocurrido históricamente, saldrán las propuestas que harán posible una salud pública donde mujeres y hombres seamos libres, dignos y responsables con nosotros mismos y con el Planeta que habitamos, dejando de pensar que somos los dueños de todo.

#### **1.3.4. El aborto y la interrupción voluntaria del embarazo en el contexto colombiano**

Nos referiremos en este acápite a la despenalización del aborto en Colombia, especialmente a la Sentencia C-355 de 2006, agregando un breve balance de sus trece años de existencia; se enuncian las barreras de acceso que hacen deficiente el sistema de salud colombiano; se dibuja el perfil de morbilidad y mortalidad por aborto e IVE en el país, y finalmente se aborda la cuestión de la formación médica en relación con los derechos sexuales y reproductivos.



#### **1.3.4.1. Los antecedentes más relevantes sobre los intentos de despenalización del aborto en Colombia por la vía legislativa**

El auge de los movimientos feministas en Europa y Estados Unidos en los años 70, fueron el caldo de cultivo para los movimientos feministas en Colombia. Mujeres colombianas que estudiaron en el exterior en dicha época, fueron fundamentales para fortalecer el movimiento feminista en el país (105) e incrementar su lucha por los derechos sexuales y por los derechos reproductivos, incluido el derecho al aborto legal.

Estas luchas siempre han estado inmersas en un ambiente de polarización, muy familiar al contexto colombiano. Por ejemplo, en 1973 el senador del Movimiento Cristiano, Fernando Mendoza Ardila, presentó un proyecto de ley que proponía condenar a prisión, entre 16 y 30 años a la mujer que quitara la vida a su hijo futuro, fruto de acceso carnal violento o de inseminación artificial no consentida y una pena de 20 a 30 años a la persona que practicara el aborto (67, 68). Dos años más tarde, bajo el gobierno de Alfonso López Michelsen, el senador Iván López Botero presentó un proyecto de ley con el propósito de proteger la vida y la integridad de la madre, donde “no se trataba de legalizar el aborto sino de reglamentar la interrupción terapéutica de la gravidez, dejando a salvo las normas punitivas que tenía el Código Penal” (49, 90–92). Los grupos feministas de la época, apoyaron dicho proyecto de Ley (105), sin embargo, ante la fuerte oposición de la iglesia católica, el mismo senador presentó una proposición para que no se discutiera el proyecto (106).

En 1979 la representante liberal Consuelo Lleras de Samper, bajo el gobierno del también liberal Julio Cesar Turbay Ayala, presentó un proyecto de ley para despenalizar el aborto en tres circunstancias: en casos de violación, de peligro de la vida de la madre y de malformación del feto y la mujer soltera menor de 16 años podía hacer la solicitud de aborto a través de un representante legal. Las feministas apoyaron con gran entusiasmo esta iniciativa fundamentada en argumentos científicos que hacían notar las altas tasas de mortalidad y morbilidad de las mujeres. Sin embargo, lo que parecía un sólido argumento de salud pública, desembocó en una discusión política y religiosa, donde los grupos más conservadores de la sociedad y la iglesia católica ganaron el debate (10, 49, 90–92).

En 1987 el senador liberal Eduardo Romo Rosero presentó un proyecto de ley que pedía la legalización parcial del aborto cuando estuviera en peligro la vida, la salud física y psíquica de la mujer, en embarazos producto de violación, acceso carnal violento o inseminación artificial no consentida, por taras o defectos físicos o psíquicos del feto y en caso de que la mujer

fuera drogadicta con problemas físicos. Igualmente esta propuesta se hundió sin mayores discusiones (90, 91).

En 1989 bajo la presidencia del liberal Virgilio Barco Vargas, el senador Emilio Urrea Delgado presentó un proyecto de ley donde pedía suspender legalmente el embarazo en los primeros 90 días de gestación, si la salud física o psíquica de la mujer están en riesgo, por condiciones socio-económicas de la mujer, familia o pareja, circunstancias traumáticas en que se produjo la concepción, previsión científica fundada en anomalías o malformaciones del feto. Nuevamente los movimientos feministas apoyaron esta propuesta y nuevamente se suscitó una gran polémica nacional, hubo cierre de clínicas que practicaban abortos y la iglesia lideró a grupos de jóvenes que marcharon con carteles de "no matarás" y "mamá quiero vivir", y la propuesta se hundió (90, 92).

En 1991 la Asamblea Nacional Constituyente fue un escenario de discusión sobre los derechos reproductivos de las mujeres y varias comisiones trataron temas que terminaron en la discusión sobre el aborto. Se hicieron pronunciamientos como "la maternidad cumple una función social y no puede ser causa de discriminación. La mujer es libre de elegir la opción de la maternidad, en los términos de la ley"(108) y abrieron la posibilidad de legislar sobre el aborto en Colombia, pero dejaron en manos del Congreso de la República su reglamentación. Sin embargo, al final, por voto de la Asamblea se derogó la aprobación del aborto y el tema quedó nuevamente en suspenso.

En 1993 se presentaron dos proyectos de ley que no tuvieron mayores repercusiones: el de la senadora Vera Grave que pedía la legalización del aborto (cuando estaban en peligro la salud física o psíquica de la mujer, en malformaciones fetales físicas o psíquicas para lo cual se requería de un dictamen médico diferente a aquel que realizara el aborto, y en menores de edad, con el consentimiento de quien ejerciera la potestad), y el de Ana García de Pelchalt que solicitaba la despenalización (por la salud física y psíquica de la mujer, por condiciones socioeconómicas, ataque a la libertad sexual, inseminación artificial no consentida y malformaciones del feto) (10, 90).

En septiembre de 1994 se realizó la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo y en noviembre del mismo año se realizó el Primer encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe, realizado en Bogotá, cuyo insumo fundamental eran las conclusiones de la Conferencia del Cairo. La reunión abordó el cómo investigar, describir y cuantificar el aborto en una región donde era prohibido y no existían registros oficiales del mismo, como una medida para lograr la disminución

del aborto inseguro (109). Pero surgió nuevamente la polémica alrededor del aborto en el país, y la iglesia católica se pronunció fuertemente en contra del aborto y apoyó la posición del gobierno colombiano quien, por intermedio de Humberto de la Calle, vicepresidente de Ernesto Samper, ratificó el no al aborto, emitido en la Conferencia del Cairo, como cabeza de la delegación colombiana en dicho evento (106,110).

En el año 2005 el senador José Luis Arcila Córdoba presentó el proyecto de Ley No. 64 de 2005 en la Cámara de Representantes "por medio de la cual se permite el Aborto en Colombia cuando el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas" (111). Igual que los demás proyectos de ley presentados al Congreso de la República, éste se hundió bajo la presión y la manipulación de los sectores conservadores de la sociedad, incluida la iglesia católica. El senador acogió el tema como parte de su campaña política para su reelección al congreso, pero desafortunadamente, falleció poco tiempo después.

#### **1.3.4.2. La Sentencia C-355 de 2006 que despenaliza el aborto en Colombia**

Colombia ha sido uno de esos países en vías de desarrollo que ha despenalizado el aborto por la vía judicial. La Corte Constitucional de Colombia en el año 2006 emitió la sentencia C-355-06 que despenalizó el aborto en Colombia en tres situaciones particulares: "a) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico. b) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico. c) cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto" (7), pero adicionalmente no estableció una edad gestacional límite para la terminación de la gestación, lo que implica que la gestación se puede terminar de manera voluntaria, dentro de las tres causales, hasta el último día de la gestación.

Esta Sentencia es el resultado de la demanda de inconstitucionalidad entablada ante la Corte Constitucional el 14 de abril de 2005 por Mónica Roa López, directora en ese entonces del programa Women's Link Worldwide (6). Se demandaron los artículos 122, 123, 124 de la Ley 599 de 2000. Estos artículos se referían a aspectos directamente relacionados con el aborto y su penalización (112). El argumento de la demanda fue

que la penalización del aborto en cualquiera de las tres causales ya mencionadas violaba el derecho a la igualdad y a la no discriminación. El derecho a la vida, a la salud y a la integridad física. Así como el derecho a la dignidad, a la autonomía reproductiva y al libre desarrollo de la personalidad (11).

Para llevar a cabo esta empresa, se creó el proyecto LAICIA Litigio de Alto Impacto en Colombia: la Inconstitucionalidad del Aborto. Este proyecto buscó visibilizar el fenómeno del aborto como un problema de carácter social. Influenciar a la sociedad civil para generar un debate público que enunciara la despenalización del aborto como una prioridad de la agenda pública. Finalmente, modificar el tratamiento que el Estado le había dado a dicho fenómeno, a través de la reinterpretación de los artículos 122, 123 y 124 del Código Penal que criminalizaba el aborto en todas las circunstancias (113).

La Corte Constitucional de Colombia en respuesta a la demanda de inconstitucionalidad interpuesta, se valió de toda la normativa internacional vigente para el país, donde resalta el valor de la vida humana: "la vida no tiene el carácter de un valor o de un derecho de carácter absoluto y debe ser ponderada con los otros valores, principios y derechos constitucionales. El fundamento para prohibir el aborto se basó en el deber de protección del Estado colombiano a la vida en gestación y no en el carácter de persona humana del *nasciturus* y en tal calidad del derecho a la vida" (7). "El ordenamiento jurídico, si bien es verdad, que otorga protección al *nasciturus*, no la otorga en el mismo grado e intensidad que a la persona humana" (7).

Según la Convención Americana de Derechos Humanos, citada en la misma Sentencia, "introduce la disposición de no proteger la vida desde el momento de la concepción en un sentido absoluto y contempla la posibilidad de que en ciertos eventos excepcionales, la ley no proteja la vida desde el momento de la concepción" (7).

Como menciona la Sentencia de la Corte, de las distintas disposiciones del Derecho internacional de los Derechos Humanos, que hacen parte del bloque de constitucionalidad colombiano, no se desprende un deber de protección absoluto e incondicional de la vida en gestación, por el contrario, surge la necesidad de ponderar la vida en gestación con otros derechos, principios y valores reconocidos en la Carta constitucional de 1991 (114). Esta ponderación ha sido privilegiada por la Corte Internacional de Derechos Humanos y exige identificar y sopesar los derechos en conflicto con el deber de protección de la vida, así como

apreciar la importancia del titular de tales derechos, en este caso la mujer embarazada.

Ahora bien, en lo relacionado con los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, éstos han sido reconocidos como derechos humanos y por consiguiente han entrado a formar parte del derecho constitucional, soporte fundamental de los estados democráticos. Se reconoce que la igualdad, la equidad de género y la emancipación de la mujer y la niña son esenciales para la sociedad y por lo tanto, constituyen una de las estrategias directas para promover la dignidad de todos los seres humanos y el progreso de la humanidad en condiciones de justicia social (7).

Argumenta la Corte: la dignidad humana se constituye en un límite a la potestad de la configuración del legislador en materia penal, aun cuando se trate de proteger bienes jurídicos de relevancia constitucional como la vida. Por lo tanto, el legislador no puede desconocer que la mujer es un ser humano digno y por lo tanto debe ser tratado como tal, en lugar de considerarla y convertirla en un simple instrumento de reproducción de la especie humana, o imponerle en ciertos casos, contra su voluntad, servir de herramienta efectivamente para procrear (7).

Las diferentes facetas de la salud como bien constitucionalmente protegido y como derecho fundamental, implican diferentes deberes estatales para su protección. La salud como bien de relevancia constitucional y como derecho fundamental, establece un límite a la libertad de configurador del legislador, pues excluye la adopción de medidas que menoscaben la salud de las personas, aun cuando sea en procura de preservar el interés general, los intereses de terceros u otros bienes de relevancia constitucional (7). Con base en estas consideraciones, la Corte decidió despenalizar el aborto en las tres circunstancias ya mencionadas y adicionalmente, no definió una edad gestacional para la terminación del embarazo, lo que posibilita que la IVE se pueda realizar hasta el final de la gestación (7).

Finalmente, en febrero de 2006, la Corte Constitucional despenalizó el aborto en Colombia, dejando el camino libre para su implementación, que no ha estado exenta de dificultades, como veremos en el apartado siguiente. Por lo tanto, es importante revisar lo que ha ocurrido luego de la despenalización del aborto y para ello me basaré exclusivamente en las múltiples sentencias emitidas por la Corte Constitucional, la mayoría, como revisiones de tutelas impuestas por ciudadanas y ciudadanos colombianos.

### **1.3.4.3. Los trece años de la Sentencia C355 de 2006 que despenalizó la IVE en Colombia**

Transcurridos trece años desde la despenalización del aborto en Colombia, puede observarse que el camino no ha sido fácil para la aplicación de la Sentencia, pues le han salido al paso muchos obstáculos, la mayoría provenientes de los sectores ultraconservadores, pero también de las personas involucradas en el tema, como las propias mujeres, el personal de la salud, las IPS, las EAPB, las universidades formadoras del recurso humano en salud y algunas entidades del Estado, que no han comprendido su magnitud e incluso se han opuesto a ella.

Adicionalmente, son múltiples las barreras en la práctica. Por ejemplo, con la primera causal: cuando la continuación del embarazo constituye un peligro para la vida o la salud de la mujer, que debe ser certificada por un médico. En este caso, la mayoría de los médicos sólo consideran la vida de la mujer y no consideran la salud emocional, afectiva y social (25,115), de esta forma el derecho de la mujer queda subordinado a la decisión médica, lo que limita su autonomía (49).

En el caso de la segunda causal: cuando existe una grave malformación del feto que haga inviable su vida y que debe estar certificada por un médico: muchas veces se invocan juntas médicas que deciden prolongar el embarazo, cuando realmente sólo se requiere la certificación de un profesional. Adicionalmente, con frecuencia, estas anomalías se detectan tarde en la gestación y esto lleva a otro problema complejo y es la falta de profesionales que estén de acuerdo y tengan el entrenamiento para desarrollar procedimientos en edades gestacionales avanzadas (25,115). Ahora bien, si la malformación no es incompatible con la vida extrauterina, queda el riesgo para la salud mental de la mujer, que será la directa responsable y cuidadora de dicho recién nacido malformado; sin embargo, los médicos-as no están preparados para emitir estos dictámenes y no logran comprender que la malformación de un feto puede afectar la salud mental de la mujer (25,115).

La Corte también precisa que la hipótesis de la IVE por grave malformación del feto incompatible con la vida no comporta el establecimiento del denominado aborto eugenésico ni del aborto selectivo por discapacidad. Esto por cuanto, i) no tiene por objeto el supuesto mejoramiento de la especie humana, sino la superación del sufrimiento de la mujer gestante que comparte su cuerpo con un feto con pronóstico de inviabilidad vital. ii) únicamente procede frente a fetos con graves malformaciones que probablemente no vivirán a causa de sus dificultades anatómicas y fisiológicas. iii) proscribire la realización del procedimiento de

IVE en relación con fetos con pronóstico de vida extrauterina que padezcan enfermedades que puedan ser curadas antes o después del nacimiento (51).

Por último, en la tercera causal: cuando el embarazo es resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto, se duda de la veracidad de lo denunciado por la mujer, se solicitan exámenes adicionales y en caso de menores de edad se exige la denuncia, a pesar de que no es necesaria, como ya lo dijo la Corte Constitucional (116).

Todo lo anterior genera dilaciones, a pesar de los cinco días establecidos por la Corte Constitucional, que deben darse como máximo entre la solicitud de la IVE y su realización (117), situación que se complica aún más si se trata de una mujer del área rural, afrocolombiana o indígena (21).

Los embates y las dificultades para la implementación de la Sentencia no paran allí; en 2011 el partido conservador presentó un proyecto de ley con el ánimo de modificar la Constitución e introducir que el derecho a la vida es inviolable desde la concepción hasta la muerte natural, proyecto que se hundió en el Congreso (115). En 2014 se promovió la convocatoria a un referendo para que la ciudadanía decidiera si estaba de acuerdo o no con el aborto, afortunadamente el proceso no siguió su curso, debido a que casi la mitad de las firmas recolectadas no eran válidas según la Registraduría Nacional (118).

Frente a todos los obstáculos o barreras (jurídicas y prácticas), la Corte Constitucional se ha pronunciado en defensa del derecho a la IVE, emitiendo varias Sentencias, a partir de la promulgación de la Sentencia C-355 en 2006.

La Sentencia T-627 de 2012 que obligó al procurador Alejandro Ordóñez Maldonado y a las procuradoras delegadas María Eugenia Carreño e Ilva Myriam Hoyos Castañeda a que se retractaran de lo actuado en contra del derecho al aborto. La Corte sostuvo que las declaraciones de altos funcionarios públicos -de nivel nacional, local o departamental- sobre asuntos de interés general no entran en el ámbito de su derecho a la libertad de expresión u opinión, sino que se constituyen en una forma de ejercer sus funciones a través de la comunicación con la ciudadanía. Aclara, además, que tanto los hombres como las mujeres son titulares de estos derechos, sin embargo, es innegable la particular importancia que tiene para las mujeres la vigencia de estos, ya que la determinación de procrear o abstenerse de hacerlo incide directamente sobre su proyecto

de vida pues es en sus cuerpos en donde tiene lugar la gestación. Los derechos reproductivos están implícitos en los derechos fundamentales a la vida digna (artículos 1 y 11), a la igualdad (artículos 13 y 43), al libre desarrollo de la personalidad (artículo 16), a la información (artículo 20), a la salud (artículo 49) y a la educación (artículo 67), entre otros (115,119).

La Corte Constitucional ha estado muy activa creando jurisprudencia y sancionando a las personas y entidades que no cumplen con la Sentencia C-355 de 2006 y ha emitido un buen número de sentencias que han aclarado múltiples aspectos relacionados con la misma. Por ejemplo, en el año 2010, la Corte emitió la Sentencia T-585 que ratifica que los derechos reproductivos, incluido la IVE, están implícitos en los derechos fundamentales a la vida digna (artículos 1 y 11), a la igualdad (artículos 13 y 43), al libre desarrollo de la personalidad (artículo 16), a la información (artículo 20), a la salud (artículo 49) y a la educación (artículo 67), entre otros (25,120).

Igualmente la Corte sostuvo los derechos fundamentales de las mujeres en el derecho interno y en el derecho internacional, con lo cual se planteó que los derechos sexuales y los reproductivos, internacionalmente reconocidos, integran actualmente el derecho constitucional colombiano, en virtud del bloque de constitucionalidad, no como una nueva "generación" de prerrogativas fundamentales, sino como desarrollo interpretativo de las ya existentes, para efectos de fortalecer el marco jurídico en defensa de la autodeterminación de las mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo (25,120).

Así mismo, la Corte ratifica que los servicios de IVE deben estar disponibles en todo el territorio nacional, en todos los niveles de atención del sistema de salud y deben ser accesibles y de calidad. También hizo precisiones sobre la objeción de conciencia, enfatizando que es pasiva y no activa, dado que la persona se abstiene frente a un deber legal actual. En otras palabras, solo se puede ejercer objeción de conciencia ante una solicitud concreta de IVE y no frente a la posibilidad que esto pueda ocurrir en el futuro. La objeción es individual y nunca colectiva, es personal y no institucional y sólo puede ser ejercida por el médico (o médica) que le correspondería realizar la IVE, no aplica para personal administrativo, auxiliar o para médicos-as que realizan la consulta y que deben dar la certificación del riesgo o la malformación fetal (25,120).

La misma Sentencia en lo referente a la salud de la madre, dijo que las prerrogativas que conceden los derechos reproductivos, incluida la IVE, son parte de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución



de 1991 pues especifican las facultades que se derivan necesariamente de su contenido en los ámbitos de la reproducción. En este sentido, los derechos reproductivos, con ellos la IVE, están implícitos en los derechos fundamentales a la vida digna, a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad, a la información, a la salud y a la educación, entre otros, y ordenó al Instituto Nacional de Salud (INS) que de manera pronta adoptara las medidas indispensables con el fin de que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las IPS —independientemente de si son públicas o privadas, laicas o confesionales—, cuenten con un protocolo de diagnóstico rápido para aquellos eventos en que los y las profesionales de la salud advierten la posibilidad de que se configure la hipótesis de peligro para la vida o la salud de la madre o en los que la mujer gestante alega estar incurso en ella y desea someterse a la IVE; ello con el objetivo de determinar si se cumple el requisito impuesto en la Sentencia C-355 de 2006, consistente en una certificación médica. Tal protocolo debe ser integral, es decir, incluir una valoración del estado de salud mental. La Superintendencia Nacional de Salud deberá vigilar el cumplimiento de lo anterior por parte de las EPS<sup>10</sup> e IPS (25,120).

La Sentencia T-988 de 2007 aclara que, en caso de una mujer con discapacidad, la solicitud de interrupción del embarazo puede efectuarla cualquiera de los padres de la mujer que se halle en esa situación u otra persona que actúe en su nombre sin requisitos formales adicionales al denunciado penal por acceso carnal violento, no consentido o abusivo (25,121).

Igualmente las IPS que exijan el cumplimiento de requisitos formales adicionales al denuncia para practicar el aborto inducido en una mujer notoriamente discapacitada —con limitaciones físicas, psíquicas y sensoriales que imposibilitan la exteriorización libre y directa de su consentimiento— la cual ha sido víctima de abuso carnal violento, sin consentimiento o abusivo, incurrir en un grave desconocimiento de protección que se deriva para las personas con discapacidad de la Constitución Nacional, así como de lo consignado en el ámbito internacional (25,121).

En la Sentencia T-209 del año 2008 la Corte aclara que la objeción de conciencia sólo puede fundamentarse en convicciones religiosas y no en la opinión del médico tratante, por consiguiente, el médico (o la médica) que se abstenga de practicar un aborto con fundamento en la objeción de

---

<sup>10</sup> Hay que recordar que por la Ley 1438 de 2011 se pasó de las EPS (Empresas Promotoras de Salud) a las EAPB (Empresas Administradoras de Planes de Beneficio). Así pues, en las normas anteriores a este año se denominan EPS.

conciencia tiene la obligación de remitir inmediatamente a la mujer a otro médico (o médica) que sí pueda llevar a cabo el procedimiento (25,122).

La Sentencia T-946 de 2008 ratifica que las personas naturales —y no las jurídicas— son titulares de la objeción de conciencia. Ordena al personal de salud del SGSSS, que la IVE debe ser realizada de manera oportuna, dentro de los cinco días siguientes a su solicitud (25,123).

En la Sentencia T-388 del año 2009 se ordena al Ministerio de la Protección Social, así como al Ministerio de Educación Nacional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo para que de manera pronta, constante e insistente diseñen y pongan en movimiento campañas masivas de promoción de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos que contribuyan a asegurar a las mujeres, en todo el territorio nacional, el libre y efectivo ejercicio de estos derechos, y en tal sentido, el conocimiento de lo dispuesto en la Sentencia C-355 de 2006 (25,124).

Igualmente, recomienda a las entidades para que hagan el debido seguimiento de tales campañas con el objetivo de poder constatar su nivel de impacto y eficacia. Que las campañas se enfoquen en transmitir información completa sobre la materia, en términos sencillos, claros y suficientemente ilustrativos (25,124).

Ordena a la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) que de manera pronta adopte las medidas indispensables con el fin de que las EPS e IPS —independientemente de si son públicas o privadas, laicas o confesionales— cuenten con las personas profesionales de la medicina así como el personal idóneo y suficiente para atender el servicio de interrupción voluntaria del embarazo bajo los supuestos previstos en la Sentencia C-355 de 2006, así como que se abstengan de incurrir en exigencias adicionales inadmisibles (25,124).

La Sentencia T-009 de 2009 se refiere a la autonomía de la voluntad y dice que todos aquellos que participaron en su proceso, para acceder a los servicios de salud que requería, decidieron por ella: los profesionales de la salud que ordenaron suspender el tratamiento médico para que continuara el embarazo, la EPS que no autorizó el procedimiento y el juez de tutela que denegó el amparo, entre otros, para garantizar la continuación del embarazo y estableció que “solamente ella es la que tiene la decisión para continuar o interrumpir un embarazo cuando represente riesgo para su vida o su salud, certificado por un médico” (25,125).

Igualmente aprovechó para ratificar que un juez no puede negar o suspender un tratamiento médico que es fundamental para la vida y salud

de la mujer cuando este implique el procedimiento de la IVE; y las consideraciones morales de los jueces de tutela frente al tema de la IVE son respetables, pero no pueden incidir en su rol de autoridades judiciales, los cuales deben aplicar las reglas jurídicas para la protección de los derechos fundamentales de las mujeres (25,125).

En la Sentencia T-636 de 2011 la Corte ordena aplicar las reglas sentadas en la Sentencia C-355 de 2006 al atender las solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo y así mismo, previene a la EPS para que, en el futuro, se abstenga de proferir juicios de valor o juicios de responsabilidad penal sobre las mujeres afiliadas a la entidad que soliciten la práctica de la IVE. Sus actuaciones deberán dirigirse exclusivamente a determinar la procedencia o no procedencia de la interrupción del embarazo bajo parámetros científicos y con apego al orden jurídico vigente (25,126).

En la Sentencia T-841 de 2011 se establece que el riesgo para la salud mental de la mujer es razón suficiente para llevar a cabo una IVE (25,127).

La Sentencia T-532 de 2014 hace alusión al hecho que a pesar de que en el Congreso han sido presentados diversos proyectos de ley para regular el tema de la interrupción voluntaria del embarazo, a la fecha no existe ninguna norma legal en relación con este asunto. Hoy en día no existe ninguna regulación legislativa en materia de interrupción voluntaria del embarazo y que, en materia de reglamentación, solo se encuentran vigentes la Circular No. 000003 de 2013, la cual no ha sido ni suspendida ni anulada por el Consejo de Estado, y la regulación relativa a la inclusión en el Plan Obligatorio de Salud (POS) de los métodos para practicar el procedimiento de IVE (128). Igualmente insta al Congreso de la República para que expida la regulación referente a la definición de si hay lugar a prever la existencia de una limitación temporal o edad gestacional determinada para la práctica de la IVE (128).

La Sentencia C-754 de 2015 estipula que los convenios internacionales de derechos humanos que reconocen el derecho a la salud han sido integrados a la Constitución a través de los artículos 93 y 94 de la Constitución, como parte del bloque de constitucionalidad. Estos tratados establecen la obligación de proveer acceso al derecho a la salud a todas las mujeres sin discriminación, y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", reconoce en su artículo 10 que el derecho a la salud comprende "el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social". Estas disposiciones, como parte del

bloque de constitucionalidad, son parámetro de control de constitucionalidad de las leyes (129).

En este sentido, la Corte conmina al Estado a que la vida humana constituye un valor fundamental y superior que debe asegurarse por parte de las autoridades públicas y de los particulares, aún más, quienes prestan servicios de seguridad social, los cuales están instituidos para protegerla y para garantizar el derecho fundamental a la integridad física y mental, máxime si se tiene en cuenta lo dispuesto en la Carta Política artículo 11, el cual consagra el derecho a la vida como el de mayor connotación jurídico política, ya que se erige en el presupuesto ontológico para el goce de los demás derechos humanos y constitucionales. “El Estado debe responder a las demandas de atención de manera cierta y efectiva, pues ante la amenaza que se tiende sobre la existencia y tranquilidad de individuos o grupos que habitan zonas de confrontación o que desarrollan actividades de riesgo en los términos del conflicto, es inexcusable que el Estado pretenda cumplir con sus deberes limitándose a señalar su imposibilidad para prestar la ayuda requerida” (129).

La Sentencia C-327 de 2016 aclara que la determinación de la existencia legal de la persona desde el nacimiento no viola el deber de protección de la vida desde la concepción, establecido en el artículo 4.1 de la Convención Americana, ya que la vida como valor es un bien constitucionalmente relevante, pero no tiene el mismo grado de protección que el derecho a la vida. La expresión acusada del artículo 90 del Código Civil tiene en cuenta esta realidad, la cual a su vez protege otros derechos en juego. Por lo tanto, una lectura sistemática del bloque de constitucionalidad indica que la vida prenatal no ostenta la titularidad del derecho a la vida y así la determinación de la existencia legal de la persona desde el nacimiento, no viola esta garantía por lo que se encuentra ajustada a los parámetros constitucionales (130).

La Sentencia T-301 de 2016 condenó a una EAPB a pagar y reparar integralmente todos los perjuicios causados a una ciudadana, por la violación del derecho fundamental a la IVE, al exigirle requisitos adicionales a la denuncia por violación. La Corte aclara, además, que la causal de peligro para la vida o salud de la madre requiere de un concepto médico para la verificación de la circunstancia que activa el derecho fundamental a la IVE, pues solo mediante la misma “se salvaguarda la vida en gestación y se puede comprobar la existencia real de estas hipótesis en las cuales el delito de aborto no puede ser penado”. No basta entonces con la expresión de la voluntad de la mujer embarazada para la activación del derecho, sino que esa voluntad positiva para la realización de la interrupción voluntaria del embarazo debe estar acompañada por

un concepto médico para proceder a la realización del procedimiento (131).

Igualmente, frente a la disponibilidad de prestadores del servicio de salud, es necesario recordar que desde la Sentencia C-355 de 2006 se estableció para las EPS la obligación de contar en su red con prestadores capacitados para la realización del aborto en las condiciones delineadas en la jurisprudencia, y que la Sentencia T-209 de 2008 fue clara en señalar que las EPS “deben tener de antemano claro, y definida la lista correspondiente, qué profesionales de la salud y en qué IPS se encuentran, están habilitados para practicar el procedimiento de IVE, a fin de que el transcurso del tiempo no haga ineficaces los derechos fundamentales de las mujeres” (131).

La Corte reitera que la jurisprudencia no impone límites a la edad gestacional para la realización del procedimiento de aborto. El hecho de estar en una etapa avanzada del embarazo no es excusa válida para relevar a la entidad de salud de su deber de realizar el procedimiento cuando se reúnan los requisitos de la Sentencia C-355 de 2006 (131).

En la Sentencia C-341 de 2017 ante una demanda de inconstitucionalidad de un ciudadano, sobre el artículo 122 de la Ley 599 de 2000, por la supuesta vulneración del artículo 11 superior, en consonancia con el artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, dada una supuesta omisión del legislador al no imponer unos plazos definidos para hacer el aborto, la Corte se inhibió de emitir un pronunciamiento de fondo por ineptitud sustantiva de la demanda, en cuanto el ciudadano incumplió el requisito de certeza, ya que el problema jurídico planteado no surge del texto de la disposición legal acusada, sino del sentido de la Sentencia C-355 de 2006. De tal suerte que el demandante realmente cuestiona la validez de un fallo emitido en sede de control abstracto de constitucionalidad, antes que el contenido de una norma de rango legal. Por lo tanto la Corte se ratifica en lo expresado en la Sentencia C-355 de 2006 (132).

En el año 2018 la magistrada de la Corte Constitucional Cristina Pardo solicitó la revisión de la Sentencia C355 de 2006 y propuso restringir la práctica del aborto a los dos primeros trimestres de la gestación. El 17 de octubre de 2018, dicha propuesta fue derrotada y la Corte Constitucional decidió no limitar el tiempo para acceder a la IVE en las tres causales despenalizadas por la Sentencia C-355 de 2006. Igualmente, el no restringir el tiempo para la realización de la IVE estaba ratificado en 20 sentencias previas, de tal forma que las mujeres pudieran acceder al derecho. Por último, resaltó que existen barreras administrativas para las

mujeres que acuden a la práctica del aborto legal y exhortó al Congreso para legislar sobre la interrupción voluntaria del embarazo “incluido, si es del caso, el tema de plazos y el aborto libre” (133).

Lo mencionado anteriormente se encuentra en la Sentencia SU-096 de 2018 de la Corte Constitucional, donde se ratifica el fundamento y el alcance de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos en el ordenamiento jurídico colombiano. En tal sentido, se ha indicado que la estructura de estas garantías se edifica sobre dos dimensiones: La primera, relacionada con la libertad, que supone la imposibilidad del Estado y la sociedad de implantar restricciones injustificadas en contra de las determinaciones adoptadas por cada persona. La segunda, prestacional, que implica la responsabilidad de adoptar medidas positivas para garantizar el goce efectivo de estos derechos (51).

Igualmente, la Corte mencionó que esta distinción resulta especialmente relevante en el desarrollo de los conflictos de género, pues como consecuencia de la adscripción de la mujer al rol reproductor y de madre, se ha limitado la protección de su sexualidad solamente al contexto de la maternidad. Se violenta la autodeterminación reproductiva cuando se obstaculiza el ejercicio de la autonomía personal y se recurre a la coacción para obtener una decisión respecto del desarrollo de la progenitora. Igualmente, cuando no se ofrecen los medios y servicios necesarios para adoptar una determinación en relación con esta facultad (51). Finalmente, cuando no se suministra la información precisa para adoptar una decisión fundada en hechos ciertos, o se provee de forma falsa o inexacta.

Con respecto al derecho al diagnóstico, expone que la obligación de respeto de la faceta de diagnóstico del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, implica que el sistema de seguridad social no puede i) negar o dilatar la realización de consultas o exámenes necesarios para verificar si el embarazo amenaza la vida o la salud física o mental de la gestante y ii) negar o dilatar la emisión del certificado médico una vez hecha la valoración o expedir uno que no corresponda con el diagnóstico efectuado (51).

Aquí se han abordado los pronunciamientos más relevantes de la Corte Constitucional, dejando de lado las publicaciones en revistas, periódicos, noticieros y medios digitales, donde se perciben, tanto los embates contra la Sentencia C-355 de 2006, como la coherencia de la Corte Constitucional de Colombia en la defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, incluida la IVE y sin límite de tiempo gestacional.

#### **1.3.4.4. El sistema de salud colombiano, la IVE y las barreras para el acceso**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia fue creado por la Ley 100 de 1993 (134), acogiendo los mandatos del Banco Mundial (135). La creación de dicho sistema rompió la historia del sistema de salud colombiano en dos. Antes existía un sistema caracterizado realmente por tres sistemas independientes, el de seguridad social, que cubría a los trabajadores privados a través del Instituto de Seguros Sociales y las Cajas de Previsión que aseguraban a los empleados públicos; el sistema privado, conformado por clínicas y seguros privados que atendían a la población con capacidad de pago de las pólizas de medicina pre-pagada o la consulta privada; por último, el Sistema Nacional de Salud, que atendía los servicios de salud para el resto de los colombianos y que tenía una accesibilidad restringida. Las cifras de cobertura de este sistema eran del 75% en el mejor de los casos, lo que implicaba que entre el 25 y el 35% de la población pobre no tenía acceso al sistema de salud (136).

El nuevo sistema creado en 1993 integró los componentes de pensiones, riesgos profesionales, y salud, que consiste en un grupo de seguros regulados por el Estado, financiados con recursos de empleadores, empleados y del propio Estado. Estos seguros pretenden cubrir a toda la población y no sólo a las personas que trabajan (136).

La prestación de los servicios de salud en particular es provista por instituciones públicas o privadas, todas con ánimo de lucro, pues las entidades públicas tienen la obligación de facturar y de ser autosostenibles. Los servicios que presta el sistema de salud están incluidos en un paquete que se denomina Plan Obligatorio de Salud, que incluye los servicios de IVE, por lo tanto, los costos de estos servicios están cubiertos por el sistema de salud para toda la población.

Ahora bien, cada ciudadano y ciudadana deben estar afiliados a una EAPB (antes llamadas EPS), que son las encargadas de asegurar y proporcionar todos los servicios a través de entidades propias o contratadas. Por lo tanto es obligación de las EAPB tener una red de prestación de servicios disponible para la atención de la IVE y la IVET, como consta en la circular 03 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud: "Adoptar de manera pronta las medidas indispensables con el fin de que las EPS - ahora EAPB- e IPS - independientemente de si son públicas o privadas, laicas o confesionales cuenten con las personas profesionales de la medicina, y con el personal idóneo y suficiente para atender el servicio de interrupción voluntaria del embarazo (IVE)" (117). Informa además a las EAPB que "deben responder de forma oportuna las solicitudes de IVE y

que un término razonable para ello, y para realizar su práctica -de ser médicamente posible- es de cinco (5) días” (117).

En 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social, publicó el protocolo para la atención de la IVE en Colombia (137) acogiendo las recomendaciones del protocolo de aborto sin riesgo de la OMS. Sin embargo, la implementación de los servicios de IVE no ha sido simple, por el contrario, se han evidenciado múltiples barreras de acceso, incluidas las barreras institucionales o las derivadas del marco normativo. Se estima que el 33% de las mujeres que recurren a una IVE, tienen barreras de algún tipo, sin embargo, estas barreras pueden llegar hasta el 50 % dependiendo de la región del país de la que estemos hablando (25).

De las mujeres que consultaron para una IVE a una institución pública o privada, se identificaron barreras, más evidentes en el sector público. Estas barreras estaban relacionadas con la negación del servicio por objeción de conciencia por parte del personal médico, trabas y demoras para la prestación del servicio, no se respetó el derecho a la privacidad al hacerse público que la mujer consultaba para una IVE, desconocimiento de la Sentencia por parte de las mujeres que las llevó a no solicitar la IVE a su EAPB, solicitud de documentos no requeridos como certificaciones médicas, historias clínicas, certificados de la Fiscalía y juntas médicas. Solicitud de exámenes adicionales como ecografías, pruebas de embarazo, exámenes de sangre, entre otros (25).

Igualmente se presentaron dificultades para la IVE relacionadas con el costo del procedimiento en las mujeres que decidieron hacerlo por fuera del sistema de salud, pues recordemos que la IVE hace parte del POS, y por lo tanto, es gratuita. La emisión de juicios por parte del personal de la salud sobre la decisión tomada por la mujer. La falta de información sobre dónde acudir para practicarse la IVE. En los casos de IVE que no se ajustaban a la Sentencia C-355 de 2006, se presentaron dificultades para conseguir los medicamentos para el procedimiento, igual que el miedo por la clandestinidad de éste. Adicionalmente, el miedo del personal de la salud por la edad de la mujer, relacionado con las menores de edad (25).

Las barreras derivadas del desconocimiento de la Sentencia C-355 de 2006 por parte de las mujeres, es notorio. A pesar de que el 75% de ellas manifestaron conocer la Sentencia, su conocimiento era muy general, parcial o fragmentado. El conocimiento que se tiene sobre la IVE ha sido adquirido por los medios de comunicación, incluido Internet. Muchas mujeres, realmente conocieron sobre el tema en las instituciones donde consultaron para hacerse el procedimiento (25).



Como podemos observar, no ha habido una difusión amplia y suficiente, tanto para la población general y mucho menos para el personal de los servicios de salud, lo que contribuye de manera consistente con las barreras encontradas en la investigación sobre los determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas (25).

Es importante concluir de todo este relato, que la decisión de la IVE no está en manos de las mujeres, por el contrario, es el personal médico quien facilita o entorpece dicha decisión, lo que está totalmente de acuerdo con los argumentos que afirman que la despenalización del aborto no reconoció la autonomía de las mujeres para la toma de decisiones moralmente responsables y que por el contrario delegó dicha decisión a los médicos, lo que implica que se siga considerando a la mujer como una persona sin capacidad para decidir sobre su propio cuerpo (49).

#### **1.3.4.6. Perfil de morbilidad del aborto y la IVE en Colombia**

Según el informe del Instituto Guttmacher, Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias, publicado en 2011, Colombia ha tenido avances importantes en anticoncepción. Por ejemplo, en 2010 cerca del 80% de las mujeres colombianas en unión, usaban algún método anticonceptivo y el 73% de ellas usaban métodos modernos y altamente efectivos, con consecuencias incuestionables como la reducción del tamaño de la familia que para el 2011 estaba alrededor de 2.1 hijos por mujer (21).

Sin embargo, los embarazos y nacimientos no planeados siguen siendo frecuentes, con 89 embarazos no planeados por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva, pero esta tasa varía ampliamente de acuerdo con la región del país, siendo de 67 por 1.000 en las regiones Central y Oriental y de 113 por 1.000 en Bogotá. Dado el aumento en el uso de métodos anticonceptivos y la creciente motivación de tener menos hijos, la cifra de embarazos no deseados ha pasado de casi el 50% al 75%. La proporción de nacimientos que no fueron planeados ha pasado del 36% en 1990 al 51% en 2010 (21) y persiste en el 50.5% según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2015 (138).

Se estima que cerca del 44% de los embarazos no planeados terminan en aborto inducido, lo que se traduce en 400.400 abortos inducidos por año, sin embargo, y a pesar de la despenalización del aborto en Colombia en 2006, más del 99% de los abortos se hacían por fuera de la ley. Además, el número absoluto de abortos ha aumentado cerca de un 40% entre 1998 y 2008 y la tasa anual de aborto inducido, aumentó de 36 por

cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años a 39 en igual grupo etario y en el mismo periodo de tiempo. La tasa de aborto presenta una gran variación de acuerdo con la región del país, pasando de 18 por 1.000 en la región Oriental a 66 por 1.000 en la capital Bogotá. Así mismo, el número de abortos por cada 1.000 nacidos vivos se ha incrementado de 35 en 1989 a 52 en 2008 (21).

Es innegable que el aborto inseguro es una amenaza para la salud y la vida de las mujeres y que además impone una carga considerable al sistema de salud. Se estima que una tercera parte de las mujeres que se practican un aborto por fuera de la ley tienen complicaciones que requieren tratamiento en una institución de salud y la tasa más alta de complicaciones, 53%, se da en las mujeres pobres y del área rural. Se estima, además, que una quinta parte de las mujeres que sufren complicaciones postaborto, no reciben tratamiento médico, lo que las lleva a sufrir consecuencias de largo plazo (21).

El sistema de salud colombiano cada año brinda tratamiento médico por complicaciones postaborto a 93.000 mujeres, complicaciones que son totalmente evitables. Se estima que nueve de cada 1.000 mujeres reciben tratamiento en las instituciones de salud e igualmente esta carga es diferente por región del país, siendo la más alta en la región Pacífica con 16 mujeres por cada 1.000 las que reciben tratamiento (21).

Pero la situación no se detiene en la morbilidad por aborto inseguro, también es causa de mortalidad materna. Por ejemplo, en 2014 el Ministerio de Salud y Protección Social informaba de 70 muertes de mujeres relacionadas con el aborto (137), en el 2017 se informaron 23 casos (139) y en 2018 hay reportadas 11 muertes (140). Es evidente que existe una disminución de muertes de mujeres por aborto, sin embargo, son muertes perfectamente evitables y por lo tanto tenemos que seguir insistiendo hasta alcanzar cero muertes por aborto en Colombia.

Se estima que, en Colombia, más o menos la mitad de los abortos se inducen con Misoprostol, sin embargo, su uso inadecuado hace que el 32% de las mujeres presenten complicaciones, como sangrado abundante por aborto incompleto que las lleva a buscar atención médica. La inducción del aborto por otros métodos, especialmente en mujeres pobres y de áreas rurales, aumenta la tasa de complicaciones, la que está entre el 54 y el 65% (21).

Ante esta realidad es necesario tomar medidas en pro de mejorar la salud de las mujeres, que van desde fortalecer los servicios de anticoncepción y capacitar a las mujeres para evitar los embarazos no deseados, hasta focalizarse en los grupos de más alto riesgo para presentar embarazos no

planeados, no deseados, como las-los adolescentes. Igualmente, mejorar los servicios de atención postaborto, ampliando su cobertura y calidad de atención, que incluye el reemplazo de la cureta por la AMEU, que tiene muchas menos complicaciones. Por último, continuar luchando por el proceso de implementación de la Sentencia C-355 de 2006, que incluye la eliminación de barreras administrativas y por parte del personal de la salud. Para lograr esto último es necesario influir en los currículos de formación para los nuevos profesionales de la salud.

#### **1.3.4.7. Formación médica, derechos sexuales y derechos reproductivos, y la IVE**

Existen múltiples voces que dicen que las facultades de medicina no están egresando a las-los médicos que la sociedad colombiana necesita, dado que sus currículos están desactualizados y no obedecen a la evolución de los conceptos de salud, cuidado integral de la salud, la atención a la salud, los temas de costo efectividad y la organización y entrega de servicios de salud. Igualmente, los avances en la ciencia y la tecnología que ofrecen nuevas oportunidades y opciones para la atención individual y colectiva y por último, los cambios en las concepciones políticas y económicas de los pueblos (141-144).

Planteada la situación precedente, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Academia Nacional de Medicina, elaboraron un informe denominado "Perfiles y competencias profesionales en salud, perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades" (142), donde se hace una propuesta unificada de las competencias que debían tener las y los médicos en Colombia, sin embargo, en ningún momento se aborda el tema de la IVE y menos de la Sentencia C-355 de 2006. En otro estudio denominado "Resumen revisión del plan curricular, los micro currículos, las estrategias pedagógicas y el desarrollo de competencias en Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en cuatro facultades de Medicina" se concluyó que "en general, ningún currículo de las cuatro facultades estudiadas expresó de manera detallada las estrategias pedagógicas en relación con la IVE. A pesar de que en todas las facultades se incluyó en los currículos el tema de las causales de despenalización del aborto y objeción de conciencia, hubo desconocimiento acerca de las normativas posteriores" (141), casi todas emitidas por la Corte Constitucional y que reafirman el derecho a la IVE y hacen aclaraciones al respecto.

Ahora bien, ¿Qué es lo que induce a que las facultades de salud no adecuen los currículos a una nueva realidad y qué hace que los currículos

adecuados no contemplan de manera explícita y clara el tema de la IVE, de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos? La respuesta puede ser que la medicina es un campo de conocimiento patriarcal, fundamentada en la visión del poder y la subordinación, y donde la mujer no existe como persona -pero sí como enfermedad u órgano- y por supuesto los derechos sexuales y derechos reproductivos no hacen resonancia (145,146). Por el contrario, el maltrato contra la mujer es persistente y naturalizado, como es el caso de la violencia obstétrica (99,146,147). Quizá ésta es la explicación al por qué los colegas de la Academia Nacional de Medicina no incluyeron el tema de la IVE, ni el de derechos sexuales, ni el de derechos reproductivos, a pesar de que reconocen la necesidad del cuidado integral de la salud, pues es difícil ver algo de lo cual no se conoce o se conoce muy poco y mucho menos si no se vive en la práctica.

En consonancia con lo anterior, sabemos de múltiples facultades de salud que son de agrupaciones religiosas, las cuales por sus convicciones confesionales -profundamente patriarcales-, no enseñan nada relacionado con métodos anticonceptivos modernos de alta eficiencia y mucho menos sobre la IVE (141); por ende, la mayoría de sus egresados salen a desenvolverse en un medio totalmente extraño para ellos. Adicionalmente, Colombia es un país profundamente religioso y machista, lo que genera un ambiente donde tanto hombres como mujeres se forman en un mito profundamente patriarcal que incluso lleva, como se evidenció en esta investigación, a tratar de imponer sus convicciones a las mujeres y negarles la posibilidad de tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

Existen adicionalmente publicaciones que dan cuenta de la discriminación, el acoso y el abuso sexual contra estudiantes mujeres de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, donde el 86% de las estudiantes encuestadas considera que han sido discriminadas, el 48% acosadas y el 13% acosadas sexualmente (148). Así que no estoy hablando de un tema menor, ni del cual no se sepa o no existan investigaciones, sino de un tema que ha sido invisibilizado, normalizado y naturalizado.

Un asunto igualmente relacionado con lo expresado anteriormente, es la evidencia de la extrema violencia contra la mujer, el feminicidio (149-155), que nos aqueja y que los congresistas colombianos, por presión de los grupos feministas, quieren enfrentar únicamente por la vía de la penalización (156), sin tener presente que también la educación, el reconocimiento del derecho de la mujer a ser una persona autónoma, que toma decisiones y asume las consecuencias de éstas, son centrales para una práctica coherente que nos ayude a superar este mundo patriarcal.

Ahora bien, miremos un poco lo que ha ocurrido con el tema de la IVET en Colombia. A pesar de los pronunciamientos de la Corte sobre el hecho de que no existe límite de edad gestacional para la IVE (131), no ha sido fácil la implementación de programas tendientes a resolver esta situación de una manera respetuosa y solidaria con las mujeres. Es importante anotar que no existe información oficial al respecto, y por lo tanto, lo que voy a relatar tiene que ver con mi experiencia profesional directa atendiendo este tipo de situaciones durante mi proceso de formación doctoral y en la realización de esta investigación.

Soy profesor de una universidad pública, la Universidad de Antioquia, donde el tema de la IVE ha tenido algo de eco y hemos modificado el currículo para discutir la Sentencia C-355 de 2006, el derecho a la IVE y enseñar los diferentes métodos para realizarla, incluido el AMEU<sup>11</sup>, para lo cual diseñamos un módulo práctico donde empleamos la fruta denominada pitahaya para que los estudiantes practiquen el método<sup>12</sup>. Esta práctica ya hace parte del programa de formación regular del pregrado de medicina. Sin embargo, somos conscientes que necesitamos avanzar más, tanto en el pregrado como en el posgrado de obstetricia y ginecología, y hemos presentado un proyecto de reforma curricular al posgrado de ginecología y obstetricia donde incluimos un módulo transversal de género, derechos sexuales y derechos reproductivos, integrando la teoría con la práctica de la especialidad.

¿De dónde sale esta motivación por los derechos sexuales, por los derechos reproductivos y especialmente por el derecho a la IVE y la necesidad de incluirlos en los currículos de formación de estudiantes de pre y posgrado? Primero de la amplitud de pensamiento de mis colegas profesoras-es en el Departamento de obstetricia y ginecología y segundo, del hecho de enfrentar una realidad que nos llevó a ponernos en contacto con las mujeres y su determinación para terminar con la gestación. Por mi trabajo desde la Universidad y con las autoridades de salud municipales, departamentales y nacionales, me tocó resolver un caso de IVET en mi ciudad, dado que nadie quería ayudar a dicha mujer embarazada como producto de una violación múltiple por miembros de un grupo armado, que además la dejaron secuestrada y la utilizaron como esclava sexual. Este hecho llegó a oídos del Ministerio de Salud y

---

<sup>11</sup> La aspiración manual endouterina (AMEU) consiste en aspirar el contenido uterino mediante una cánula plástica unida a una fuente de vacío, consistente en una jeringa de 60 ml.

<sup>12</sup> La pitahaya, pitaya o fruta del dragón, pertenece a la especie *Hylocereus* y *Selenicereus*, de la familia Cactaceae es una fruta de América Central. Simula el útero gestante, no solo por su tamaño, sino también por su consistencia interna carnosa. La práctica consiste en evacuar todo el contenido carnoso de la fruta con el AMEU.

Protección Social, que posteriormente me recomendó con una EAPB en la ciudad de Cali, donde tenían una situación compleja con una mujer embarazada, de edad gestacional avanzada y con un feto con una malformación incompatible con la vida. Viajé a Cali y resolvimos el caso y a partir de ahí me empezaron a buscar para resolver este tipo de situaciones con mucha frecuencia.

En mis viajes a Cali conocí a un grupo maravilloso de mujeres, todas trabajadoras incansables por los derechos sexuales y los derechos reproductivos, y una de ellas, psicóloga que trabajaba en una IPS del norte del Valle del Cauca y luego de haber hablado con el gerente de la institución, quien nos apoyó desde el principio, nos permitió iniciar un programa de IVET en dicho hospital. No fue fácil, al principio hubo mucha resistencia del personal de salud, tanto de enfermeras-os como médicos-os, silencios incómodos, miradas recriminatoras, comentarios desafortunados, incluso agresiones verbales que la psicóloga y yo no respondimos directamente, pero sí hablamos con el gerente de la institución y se tomaron medidas para reubicar a las personas objetoras de conciencia. Todos estos hechos han quedado registrados en mi diario de campo. Nos ha tomado más de tres años lograr tener un servicio integral, conformar un grupo humano que brinda una atención idónea, cariñosa, comprensiva y solidaria a las mujeres que solicitan la IVET. En esta IPS hemos atendido mujeres de todo el país, pero principalmente de todo el sur occidente colombiano.

En Medellín, en asocio con otro colega que comparte la convicción de la garantía de derechos a través de la IVET, empezamos a resolver este tipo de situaciones, pero esta ciudad, más conservadora y patriarcal que el Valle del Cauca, no nos ha permitido instaurar un servicio integral, que incluya la inducción del asistolia cardiaca fetal y la inducción del parto en la misma institución, y de hecho, hemos tenido dificultades para que reciban las mujeres, a las que les hemos realizado la inducción de la asistolia cardiaca en nuestro consultorio, en las instituciones de atención de parto, incluida la principal institución pública de la ciudad.

Son tres años de trabajo ininterrumpido, de lucha permanente, de apoyos muy importantes, principalmente de grupos de mujeres o de mujeres que ocupan puestos públicos, tanto en el Valle del Cauca como en el departamento de Antioquia, apoyo de la gerencia de la IPS del norte del Valle del Cauca, sin embargo, no faltan los tropiezos con algunas EAPB que dilatan el proceso de atención, descargando en las mujeres el peso de continuar con un embarazo que las afecta física y/o mentalmente, o con feto malformado incompatible con la vida o producto de violación,

incluso algunas de ellas han llegado a tener un parto con feto vivo, en contra de su voluntad y en contra de su salud física y/o mental.

Han sido todas estas vivencias las que nos han llevado a pensar en la necesidad de modificar los currículos, tanto de la especialidad de obstetricia y ginecología, como en el pregrado de medicina. Palpar las agresiones a las mujeres por parte del personal de la salud y comprender lo intrincado del sistema en que vivimos, un sistema empeñado en la dominación de unos sobre otros, pero principalmente de la dominación de las mujeres, un sistema empeñado en la explotación, en la competencia, en el poder, en la reproducción, nos impulsa a combatir tal sistema desde la educación; y en mi caso y el de los colegas de la Universidad, desde la educación de nuevas generaciones de médicas-os y especialistas en obstetricia y ginecología, formados en el convencimiento de la importancia del respeto por la mujer y sus decisiones, por su autonomía, por su dignidad.

Puedo concluir que vivimos en una sociedad androcéntrica y patriarcal, donde la lucha por el poder y por la tierra nos ha desangrado durante décadas y nos continúa desangrando, donde las instituciones están impregnadas de esta misma forma de ver la vida: dominar, imponer, restringir los derechos de los demás, pero principalmente los de la mujer. Un sistema de salud que se resiste, luego de trece años de la Sentencia de despenalización del aborto, a aceptar el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo; y un sistema educativo que persiste en la formación del nuevo recurso humano en salud bajo los mismos parámetros patriarcales de exclusión, discriminación, imposición y castigo.

Sin embargo, hay esperanzas de cambio y lo que han hecho las mujeres en pro de la despenalización del aborto en Colombia al hacer su demanda al Código de policía, y la decisión que ha tomado la Corte Constitucional en respuesta a dicha demanda, son muestras de ello. Pero es importante anunciar que no nos podemos conformar con lo hasta ahora obtenido; no podemos parar, hay que profundizar nuestras demandas y desde la posición que ocupemos, debemos contribuir con la construcción de una sociedad más igualitaria y equitativa.

En este orden de ideas, acelerar los cambios curriculares de mi universidad, será una contribución para la transformación a mediano y largo plazo del sistema de salud y del propio sistema educativo, y sé que los resultados de esta investigación contribuirán con este objetivo. Por lo tanto, en el capítulo siguiente expondré los resultados de la investigación sobre los significados de las mujeres alrededor la IVET.

#### **1.3.4.8. Las redes de apoyo institucionales para las mujeres que deciden la IVET**

Las redes de apoyo institucional apenas existen y la mayoría de las veces, la ayuda depende de la iniciativa de las personas pertenecientes a las instituciones y esta iniciativa puede ser de ayuda o puede ser obstaculizadora al proceso de la IVET.

#### **1.3.4.9. Inexistencia y/o falencias de las redes de apoyo institucionales**

Producto del análisis de los datos surgidos de las entrevistas, del diario de campo y del grupo focal con expertas, se evidenció la existencia de algunas instituciones que ayudan a las mujeres en el proceso de la IVE y la IVET.

Sin embargo, el trabajo en red de las instituciones no existe formalmente y entonces en la mayoría de los casos, la resolución de una situación para IVE o IVET, de una mujer que se acerca a solicitar el servicio y que no lo encuentra donde va (por lo tanto, requiere información y ser remitida a otra parte), resulta hacerse a manera de favor, por iniciativa de alguna persona de la institución.

Otra manera por la cual las mujeres logran una efectiva atención, siendo direccionadas correcta y efectivamente al lugar donde encuentren los servicios que requieren, es cuando son acompañadas por alguna entidad del Estado (Secretarías de las Mujeres o Defensorías del Pueblo), que emite una comunicación expresa a la institución, para que cumpla con el servicio, o la información que requiere la mujer.

Como cada vez más las mujeres exigen sus derechos, y existen organizaciones y movimientos de mujeres por los derechos sexuales y los derechos reproductivos, esto ha llevado a que muchas EAPB y Secretarías de Salud a nivel municipal y departamental, contraten los servicios de IVE e IVET con las instituciones reconocidas en cada región para ello; las municipales para su población afiliada y las departamentales para la población no afiliada al sistema de salud y para las mujeres migrantes que habitan en sus territorios. Ahora bien, las autoridades de salud de cada departamento del país actúan de manera diferente, dependiendo del compromiso que tengan las personas responsables de atender las solicitudes de la IVE y la IVET, miremos los siguientes ejemplos.

#### **❖ La atención en el Valle del Cauca y su capital Cali**



Las Secretarías de Salud del Valle del Cauca y de la ciudad de Cali han conformado desde hace diez años la Mesa de Seguimiento a la gestión de los derechos sexuales y los derechos reproductivos e IVE en todo el departamento. En dicha Mesa participan las Secretarías de Salud de todos los municipios, y las instituciones públicas y privadas que de alguna manera tienen que ver con la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos, como las EAPB, las instituciones prestadoras de servicios de salud, la Defensoría del pueblo, la IPS Sí mujer, entre otras.

La Mesa tiene como propósito, hacer seguimiento a la implementación de la Sentencia C355 de 2006, y discutir y resolver las situaciones complejas que se presentan con los procesos de atención de las mujeres que solicitan la IVE o la IVET<sup>13</sup>.

También tienen la figura de una veeduría ciudadana cuya función consiste en apoyar a las mujeres en su proceso de acceder a la realización de la IVE o la IVET, así como visitar las instituciones prestadoras de servicios de salud de todo el departamento con el propósito de verificar el cumplimiento de la normatividad relacionada con la IVE y la IVET, para lo cual cuentan con el apoyo de la Secretaría de Salud Departamental<sup>14</sup>, demostrando una estupenda articulación entre los diferentes actores institucionales y sociales.

En el departamento del Valle del Cauca, la mayoría de las EAPB tienen contratado el servicio de IVET de manera integral en la misma institución (inducción de la asistolia cardiaca fetal y atención del parto), lo que tiende a garantizar un equipo de trabajo más comprometido con la atención de estas mujeres, a disminuir de manera ostensible los malos tratos y a generar un ambiente más cálido para la atención en este tipo de situaciones.

En el caso de Profamilia<sup>15</sup>, entidad nombrada por las mujeres en algunas entrevistas, es una IPS que tiene presencia nacional y resuelve la mayoría de los casos de IVE tempranas, ayudada por otras instituciones, bien sean

---

<sup>13</sup> Datos obtenidos del grupo focal con expertas, donde se discutieron los datos preliminares de la investigación, luego de la primera tanda de entrevistas, realizado en la ciudad de Cali en el mes de noviembre del año 2017.

<sup>14</sup> Notas del Diario de campo: "La veeduría ciudadana está avalada por la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca".

<sup>15</sup> Profamilia "Es una institución no gubernamental, pionera en servicios de salud sexual y salud reproductiva, fundada el 14 de marzo de 1966 con el propósito de promocionar y educar sobre la importancia de la planificación familiar y hacer posible el acceso a los métodos anticonceptivos". Ver: <https://profamilia.org.do/historia/>

IPS o ONG que tienen un alcance más regional, como Sí Mujer<sup>16</sup> en el sur occidente colombiano, Médicos Sin Fronteras<sup>17</sup> en la Costa Pacífica, u Oriéntame<sup>18</sup> en el centro del país.

#### ❖ **La atención en Antioquia y su capital Medellín:**

Es importante resaltar que, en Colombia, la atención para cada mujer dependerá de los contratos que su respectiva EAPB tenga con alguna de institución especializada en los servicios de IVE e IVET, y algunas EAPB no tiene este tipo de contratos.

En Antioquia, es evidente la falta de integralidad en la prestación de servicios a las mujeres, pues las EAPB tienen contratada la inducción de la asistolia cardiaca fetal con una institución, y la inducción del parto y el parto con otra, lo cual expone a las mujeres, como ya dijimos, a los riesgos de demoras, traslados injustificados, agresiones y malos tratos por parte del personal que la atiende en la institución donde se brinda la atención del parto con feto muerto.

En el Departamento de Antioquia y la ciudad de Medellín existen organizaciones como la Red de Derechos Sexuales y Reproductivos, cuyo trabajo conjunto con el Movimiento Social de Mujeres de Medellín logró que la administración municipal construyera la Clínica de la Mujer, que tenía como objetivo defender y promover los derechos sexuales y reproductivos para las mujeres de menos recursos. Sin embargo, las autoridades locales de la iglesia católica se opusieron y el alcalde Alonso Salazar que se había comprometido con el proyecto, detuvo su puesta en marcha. Los alcaldes siguientes terminaron la construcción física, pero le variaron la destinación y entregaron el edificio y su dotación a la Red Pública de Salud Metrosalud<sup>19</sup>, que abrió allí un Centro de Salud, con el

---

<sup>16</sup> La Fundación Sí Mujer fue fundada por la psicóloga y sexóloga María Ladi Londoño Echeverry en 1984 y hace parte de redes nacionales como la Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC, del Colectivo de Mujeres Pazcíficas y de la Red Colombiana de Mujeres por los Derechos Sexuales y Reproductivos. Ha apoyado la elaboración e implementación de proyectos a nivel nacional como el Plan Nacional de Educación Sexual (1994). En el 2010, participó en la elaboración del Modelo Integral de Atención en Salud a Víctimas Violencia Sexual del Ministerio de Protección Social. Actualmente es la IPS Servicios Integrales para la Mujer. En su página <https://www.fundacionsimujer.org/web/> se puede hallar más información.

<sup>17</sup> Médicos sin Fronteras tiene un compromiso con la salud sexual y reproductiva en Colombia. Ver: <https://www.msf.org.co/conocenos/actividades-medicas/salud-sexual-y-reproductiva>

<sup>18</sup> Fundación Oriéntame, es una organización privada y de beneficio social, creada en 1977 por el médico Jorge Villarreal Mejía. Ofrece actualmente, entre otros, servicios de aborto legal y voluntario en Colombia, asesoría en adopción, anticoncepción, prevención y promoción de la salud y los derechos reproductivos. Ver: <https://www.orientame.org.co/quienes-somos/>

<sup>19</sup> Organización de carácter público del Municipio de Medellín, del sector salud, “comprometida con generar valor, desarrollo y liderazgo en Redes Integradas de Servicios de Salud y Atención Primaria en Salud”. Ver: <http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/institucional>

nombre de *Centro Integral de Servicios Ambulatorios para la Mujer y la Familia* (CISAMF)<sup>20</sup>, que nada tiene que ver con los objetivos planteados inicialmente para dichas instalaciones. Aquí podemos observar una desconexión lamentable entre las administraciones municipales y la ciudadanía.

El servicio institucional de apoyo a la mujer y de trabajar en red a su favor, no es estable, sino que depende fundamentalmente del empeño y el compromiso que algunas-os funcionarios-as ponen en el cumplimiento de su deber con relación a los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Por ejemplo, en el último periodo de gobierno en la Alcaldía de Medellín, el tema de la IVE y la IVET fue totalmente invisibilizado por la administración municipal, y fueron las redes sociales quienes tuvieron que asumir el reto de defender este derecho<sup>21</sup>. No así en la ciudad de Cali y el departamento del Valle del Cauca, que continuaron con la vigilancia sobre el cumplimiento de la Sentencia C355 de 2006.

---

<sup>20</sup> Ver servicios del CISAMF, en: <http://www.metrosalud.gov.co/sedes/upss-manrique/cisamf>

<sup>21</sup> Notas del Diario de campo. La Secretaría de Salud de Medellín, no contrató ninguna actividad relacionada con la IVE durante los años 2016 y 2019.

#### **1.3.4.10. ¿Dónde se atiende institucionalmente la IVET en Colombia?**

Los casos de IVET, sólo son atendidos en Tuluá (Departamento del Valle del Cauca), en el Hospital Tomás Uribe Uribe. En Medellín (Departamento de Antioquia), en Profamilia y en la SAS Autonomía y Salud. En Bogotá (Departamento de Cundinamarca) en la Clínica Victoria y en Oriéntame. Sin embargo, la atención integral sólo se da en el Hospital Tomás Uribe Uribe y en la Clínica Victoria; los otros servicios son fragmentados (la IACF se hace en un lugar y la atención del parto en otra), lo que expone a las mujeres a traslados injustificados y a malos tratos por parte del personal de la institución donde se brinda la atención del parto con feto muerto<sup>22</sup>.

Como se puede ver, la oferta de servicios institucionales de IVET está limitada a unos cuantos centros urbanos, lo que implica que las mujeres que no viven en ellos deban viajar grandes distancias desde sus territorios a estos sitios para poder acceder al servicio. Además, se requiere que dichos servicios sean integrales.

Otro reto institucional es atender con enfoque diferencial y con perspectiva de interseccionalidad, especialmente a grupos discriminados, para ilustrar una de las falencias en este sentido, ejemplificamos con el caso de una EAPB que afilia a población indígena; allí una mujer solicitó una IVET, y fue denunciada por la EAPB ante el cabildo indígena. La mujer indígena, no sólo no pudo interrumpir su embarazo, sino que fue azotada como castigo, aduciendo que las mujeres eran propiedad de la comunidad. En esta situación es evidente la violación del derecho a la IVET y la violación del derecho a la intimidad. De este caso ya tiene conocimiento la Defensoría del Pueblo<sup>23</sup>.

#### **1.3.4.11. Redes sociales de apoyo a las mujeres**

También existen otros grupos de mujeres organizadas de la sociedad civil que brindan ayuda a las mujeres frente a la IVE y la IVET.

En Cali está la Corporación Sí Mujer (ahora IPS), que ayuda a las mujeres con asesoría y la realización de la IVE, e incluso subsidia los costos del procedimiento para mujeres de escasos recursos. También da información pertinente si el caso es de IVET.

---

<sup>22</sup> Notas del diario de campo. Esta red de prestación de servicios se ha formado espontáneamente, por el compromiso de algunas ONG y por las demandas del mercado, sin intervención directa del Ministerio de Salud y Protección Social.

<sup>23</sup> Notas del Diario de campo Este caso ocurrió en el sur occidente colombiano en el año 2020.

*Las Parceras* en la ciudad de Medellín, ayudan a las mujeres en el proceso de la IVE, brindándoles asesoría, los medicamentos necesarios para realizar la IVE en casa y el seguimiento correspondiente posterior a la misma. Sin embargo, cuando hay un caso para IVET, su apoyo se limita a dar información.

Como podemos observar, sí existen algunas redes de apoyo, principalmente informales, que apoyan y acompañan a las mujeres, pero no existen redes institucionales formalizadas en el país; sólo algunos intentos apenas en dos ciudades. Aún en estas ciudades, no existen protocolos para el apoyo a mujeres decididas por la IVET.

#### **1.3.4.12. En síntesis**

Haciendo este recorrido histórico desde las luchas de los movimientos feministas en América Latina y el Caribe, pasando por las experiencias de Cuba y México, por el análisis de la salud pública en lo relacionado con los derechos sexuales y los derechos reproductivos, y finalizando con todo lo ocurrido en el contexto colombiano con el tema del aborto, la IVE y la IVET, podemos concluir que:

-Estamos inmersos en un sistema patriarcal-capitalista (2,37), donde los derechos hay que pelearlos de manera sostenida. Los avances hasta el presente han sido importantes, pero no suficientes, lo que invita a continuar ejerciendo presión de múltiples formas, a través de la lucha en las calles, la investigación, la jurisprudencia, el arte, la educación y todas las formas de movilización a las que se pueda recurrir, sin olvidar nuestro horizonte de respeto, dignidad y responsabilidad, para lograr justicia social, autonomía y libertad para todos los seres humanos, así como la conservación de nuestro Planeta.

-Como punto relevante, no podemos olvidar que quienes son contradictores de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, también se adecuan a las circunstancias y cambian sus formas de lucha a nivel internacional y especialmente en Latinoamérica. Existen vientos de retroceso, gobiernos de derecha y también de izquierda, que tratan por todos los medios de anular las conquistas alcanzadas. El análisis realizado muestra que no basta con replegarse y resistir; por el contrario, es hora de utilizar toda la inteligencia, todos los recursos para continuar contrarrestando dichos vientos y lograr, no sólo el disfrute de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, sino también una vida armónica y respetuosa en nuestro Planeta.

-La MS/SC reconoce la salud -y no la enfermedad- como campo disciplinar complejo, donde los saberes y las prácticas son abordados desde distintos paradigmas o perspectivas epistémicas. Por consiguiente, se convierte en una opción real, nacida en nuestra región, que nos permite hacer una amalgama, donde los feminismos, la igualdad de género, lo positivo de la salud pública y demás aspiraciones de los seres humanos, situados en un contexto dado por su devenir histórico particular, se retroalimentan. Tenemos que ahondar en las estrategias para que la MS/SC sea cada vez más posible y visible en la práctica cotidiana de las poblaciones, de mujeres y hombres, y por supuesto del personal de la salud. Tenemos que abandonar el camino funcionalista, y reconocer que la vida en la Tierra es más compleja de lo que los abordajes tradicionales nos han mostrado.

-Colombia ha venido avanzado enormemente con relación a la despenalización del aborto por la vía judicial y no por la vía legislativa, dado que tenemos una Corte Constitucional progresista. Sin embargo, seguimos en una sociedad patriarcal, ultraconservadora, donde la explotación de otros seres humanos y en especial de las mujeres, es aún la norma. Por lo tanto, no nos debemos conformar con lo logrado hasta el momento y debemos avanzar en la conquista de la autonomía, la libertad y la dignidad de todas y todos, y en particular de las mujeres. Debemos discutir y reflexionar sobre nuevas propuestas, como lograr extraer el aborto del ámbito judicial y conquistar el reconocimiento de la decisión moral de la mujer, con todas sus consecuencias. Tenemos que estudiar más, discutir más, juntarnos más, realizar investigaciones más pertinentes a nuestra realidad social relacionada con la IVE, y elaborar una agenda común para ser alcanzada en los próximos años, que permita mantener los logros y continuar avanzando en el reconocimiento pleno de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de la población.

#### **1.4. Las preguntas de investigación**

Hemos visto ya la problemática general en torno al tema de investigación, en la cual se rescata principalmente los feminismos, como teoría construida a partir de las luchas por la igualdad de género, que devela y problematiza la falta de disfrute efectivo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos por parte de las mujeres, panorama que se sufre en todo el mundo, pero que se referencia especialmente en cuanto a lo que ocurre en América Latina y el Caribe, haciendo una revisión de la situación del aborto y la IVE en el contexto colombiano, incluyendo lo referente al cumplimiento, a medias, por parte del Estado colombiano de las Convenciones internacionales, así como lo ocurrido durante los 13

años de la Sentencia C 355/2006 que despenalizó el aborto en Colombia por tres causales.

Es pertinente ahora, plantear los cuestionamientos clave de esta investigación. El tema abordado se problematiza por medio de las siguientes preguntas:

¿Cuál es la situación que enfrenta una mujer que se somete a una IVE luego de las 21 semanas de gestación, a la luz de la experiencia de vida de la propia mujer?

¿Cuáles son las causas y circunstancias que llevan a las mujeres a realizarse una IVET, según ellas?

¿Cuáles dicen las mujeres que son sus sentimientos y emociones, relacionados con la experiencia de la IVET?

¿Cuáles son los significados que dan a su experiencia con la IVET luego de las 21 semanas de gestación?

¿Cuáles, según las mujeres, fueron los obstáculos y las redes de apoyo institucional y no institucional que intervinieron en el proceso que las llevó a la IVET?

Estas preguntas de investigación nos llevan a articular la perspectiva de género (la IVET-mujer) y el sistema de salud, pues es en dicho sistema donde se producen los obstáculos y el proceso de atención, todo mediado por dicha perspectiva y donde se producen las violencias contra las mujeres (violencia obstétrica), reflejando de alguna manera un sistema de creencias particular, que valora la reproducción y el poder como dominación (sistema patriarcal). Todos estos aspectos los desarrollare más adelante.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

Comprender los significados de la experiencia de la Interrupción Voluntaria del Embarazo luego de las 21 semanas de gestación, en mujeres residentes en Colombia, año 2016-2019.

### **2.2. Objetivos Específicos**

Caracterizar la situación de enfrentar una IVE luego de las 21 semanas de gestación (IVET), a través de testimonios de mujeres que han tenido dicha experiencia.

Describir las causas y circunstancias que llevaron a las mujeres entrevistadas a realizarse una IVET.

Describir los sentimientos y emociones que experimentaron las mujeres entrevistadas, en el proceso de decisión y realización de la IVET.

Identificar en las relaciones personales y sociales de las mujeres que participaron en la investigación, los obstáculos que enfrentaron y los apoyos o redes de apoyo institucional y no institucional que intervinieron en su proceso con la IVET.

Identificar las consecuencias y cambios producidos en las mujeres que decidieron y se realizaron la IVET.



### **3. Marcos del trabajo de investigación**

Como referentes de esta investigación se presenta un marco sociodemográfico, un marco normativo con respecto a la IVET, un marco conceptual y un marco teórico relacionado con el método de investigación.

#### **3.1. Marco sociodemográfico**

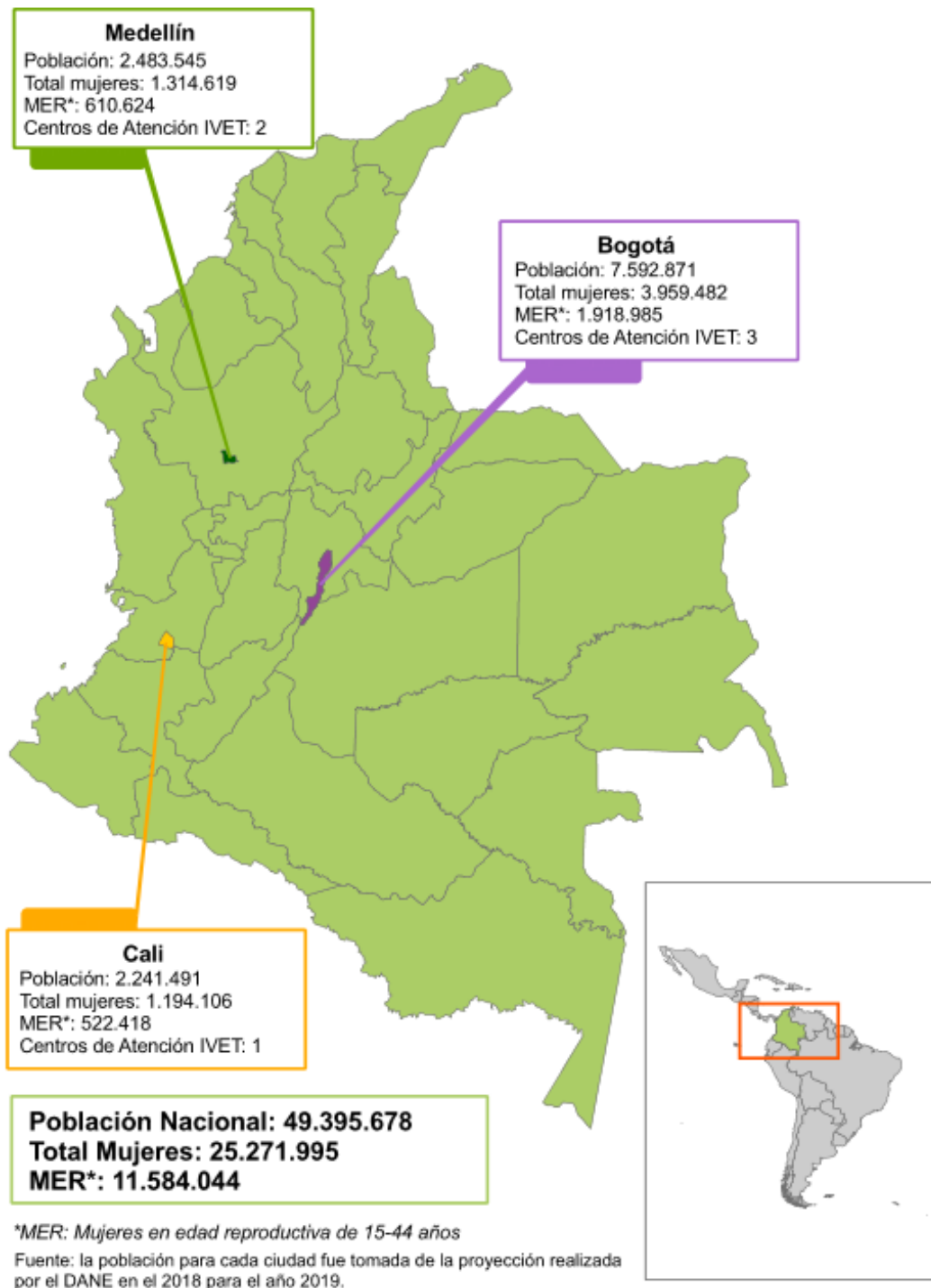
En este acápite observaremos, por una parte, datos generales de la situación colombiana, y por otra parte, datos sobre la situación de las mujeres en Colombia.

##### **3.2.1. Situación colombiana**

Colombia tiene un territorio de 1.141.748 kilómetros cuadrados, está dividido en 32 departamentos, su capital es Bogotá y tiene una gran diversidad de pisos térmicos y biodiversidad. En el territorio habitamos 48.258.494 habitantes, somos pluriculturales y multilingües, en la actualidad existen 87 etnias indígenas, 3 grupos diferenciados de población afrocolombiana y el pueblo Rrom o gitano. Contamos con 64 lenguas amerindias, el bandé, lengua de los raizales del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, el palenquero, lengua criolla de las comunidades de San Basilio de Palenque, y el Romaní o Romanés, lengua del pueblo Rrom (157). El 51.2% de nuestros habitantes son mujeres, de estas el 30%, o sea 14.497.000 están en edades entre los 15 y 54 años. El analfabetismo está por el orden del 5.19%, siendo del 5.02% para mujeres y del 5.37% para hombres (158).

Colombia es un país que está envejeciendo, pues el índice de envejecimiento, que es la relación de la población mayor de 65 años con la población menos de 15 años multiplicado por 100, ha pasado de 10.94 en 1985 a 40.43 en 2018 y el índice de juventud, que es la relación de la población joven -15 a 29 años- y la población total por 100, ha pasado de 30.66 en 1985 a 26 en 2018. La jefatura del hogar está en un 40.73 % a cargo de la mujer y el 36.4% de los hogares cuenta con 4 personas o más (158) y el 92% de los colombianos dice profesar el catolicismo (159).

A través del mapa siguiente, observamos la ubicación geográfica de Colombia y la relación de cantidad de población, con número de Centros de Atención de IVET.



**Figura 1.** Colombia: ubicación, población y servicios de IVET en tres ciudades principales (Bogotá, Medellín y Cali).

Colombia ha vivido, desde su independencia, múltiples violencias, las más recientes datan de 1958, que inició como violencia bipartidista que terminó en el Frente Nacional, donde los dos partidos tradicionales se repartieron el poder, continuaron las inequidades, no fueron capaces de reformar la estructura de la tenencia de la tierra y dejaron a las minorías por fuera, lo que desembocó en violencia subversiva, donde las autodefensas campesinas se convirtieron en guerrillas revolucionarias. De 1982 a 1996 hay una expansión de la guerrilla, e inicia el periodo de las políticas de paz, que tuvieron enemigos dentro de las fuerzas militares, la mayoría de los gremios económicos, buena parte del establecimiento político nacional y dentro de las élites regionales que percibían el avance de la izquierda como una amenaza, específicamente por la consolidación política de la Unión Patriótica (UP). Entonces esto dio pie a la eclosión de los grupos paramilitares y al exterminio de la UP. De 1996 al año 2005 se da la tragedia humanitaria con millones de desplazados internos y hay una gran expansión de guerrillas y paramilitares, el Estado queda a la deriva y hay una lucha a sangre y fuego por el territorio, época de masacres y de exterminio. Entre el año 2005 y 2012 las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) negocian con el gobierno y se desmovilizan y el Estado por intermedio del Ejército Nacional, empuja a las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) a sus retaguardias (160).

En el 2012 se iniciaron los diálogos de paz con la principal guerrilla colombiana, las FARC, que terminaron con la firma del acuerdo de paz de la Habana en el Teatro Colón en Bogotá en el 2016, lo que implicó una disminución drástica del conflicto armado, de los muertos y de la violencia, sin embargo, persisten otros grupos armados con los cuales el gobierno actual no quiere negociar, así como el rearme de algunos integrantes de las FARC, además de que hay una ejecución muy lenta en el cumplimiento de los acuerdos de paz y por consiguiente en Colombia, aún estamos lejos de alcanzar una paz estable y duradera. Por el contrario, con la ejecución sistemática de los líderes sociales y de los integrantes de las FARC, corremos el peligro de repetir lo ocurrido con la UP (161,162) y continuar en una espiral de violencia sin fin.

Todo lo expuesto anteriormente da cuenta de un país profundamente patriarcal, donde la violencia es utilizada sistemáticamente para eliminar al diferente, incluidas las mujeres y los grupos de la diversidad sexual y es en este contexto donde tiene lugar la lucha por los derechos sexuales y los derechos reproductivos, incluido el aborto.

### **3.2.2. Situación de las mujeres en Colombia**

Para ilustrar sucintamente la situación de las mujeres en Colombia, veremos algunos datos relevantes.

Para julio de 2019 el director del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Juan Daniel Oviedo, dijo que en el país hay en total de 48 millones 258 mil 494 habitantes, de los cuales 51,2% son mujeres y el restante 48,8% hombres. El mayor rango de mujeres está en edades entre los 20 a 24 años (4.3% del total de mujeres), seguido por mujeres entre los 25 a 30 años (4.2% del total de mujeres) y finalmente entre 30 a 35 años (4.1% del total de mujeres). El porcentaje de hogares en el que los hombres son jefes de familia es del 59,3%, mientras que el de mujeres aumentó y pasó de 29,9% a 40,7% (163).

En cuanto a la inequidad de género, estos son algunos de los datos más recientes:

...las mujeres participan menos en el mercado laboral, tienen tasas de ocupación más bajas y de desempleo más altas que los hombres. También presentan mayores tasas de subempleo y perciben salarios menores que los hombres. ...el porcentaje de mujeres que no tenía ingresos propios fue superior al de los hombres para el período 2010-2017. El porcentaje de hombres se mantuvo constante alrededor del 10%, mientras que el de las mujeres comenzó el período en el 30% en 2010 y para 2017 se había reducido a 27%, lo que indica una brecha entre ambos grupos de 17 puntos porcentuales. ...no solo las mujeres tienen un menor ingreso promedio que los hombres... también un porcentaje mayor de mujeres no tienen ingresos propios y las 24,169 mujeres más ricas del país tienen \$525 millones menos que los hombres. ...los hogares con mujeres a la cabeza tienen en promedio un nivel de ingreso menor que el de los hogares con jefes hombres. Para el caso de las mujeres se encuentra que el 53% tenía de ingreso menos de un salario mínimo mensual vigente, el 27% tenía entre uno y dos salarios mínimos, el 6% estaba entre dos y tres salarios mínimos, y solo el 14% tenía más de tres salarios mínimos mensuales legales vigentes.

...En cuanto al uso del tiempo y la dedicación de las mujeres al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, se pudo ver que el 76% de este trabajo es realizado por mujeres. Excepto por las compras y administración del hogar, donde hombres y mujeres participan en similares proporciones y dedican más o menos el mismo tiempo, las mujeres participan más en el trabajo doméstico y de cuidado y dedican más tiempo de su día a este. Mientras que los hombres en 2017 dedicaron 9.23 horas al trabajo remunerado y 3.42 al no remunerado, para un total de 12.6 horas de trabajo diario, las mujeres dedicaron 7.6 horas al trabajo remunerado y 7.2 al no remunerado, para un total de 14.8 horas diarias. Para el caso de las mujeres en las zonas rurales se vio que ellas son quienes toman las decisiones en su unidad de producción solo en el 26%

de unidades de producción. Estas son en promedio más pequeñas que las unidades de producción agrícola de los hombres y tienen menor acceso a créditos, maquinaria y asesoría técnica.

...Desde enero de 2017 en Colombia la licencia de maternidad es de 18 semanas, antes era de 14 semanas y en 2011 había aumentado de 12 a 14 semanas...

En las zonas rurales colombianas podemos ver que la pobreza es más alta, aunque ha caído significativamente en los últimos años, y gran parte de la población se dedica a la agricultura. Las mujeres productoras, es decir, que son quienes toman las decisiones en su unidad de producción, representan apenas el 26% de los productores, en promedio tienen propiedades más pequeñas (inferiores a cinco hectáreas) y tienen acceso a menos recursos para mejorar la productividad de la tierra que trabajan. Además, las mujeres en las zonas rurales tienen una tasa de participación laboral y de ocupación menor a la de las mujeres de las cabeceras (y que los hombres), y dedican unas siete horas semanales más que las mujeres de las zonas urbanas al trabajo no remunerado. Esto revela que las mujeres en el campo continúan en una clara desventaja frente a los hombres, y sus condiciones hacen más difícil que puedan tomar las mejores decisiones para ellas mismas (164).

Este es el telón de fondo, en rasgos generales, donde los grupos feministas han estado desarrollando su trabajo por el reconocimiento de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos: un país donde el respeto por la vida de muchas (291 feminicidios de enero a julio del 2020) (165) y la diferencia es mínimo, donde la imposición a la fuerza o la muerte son posibilidades más que evidentes, principalmente para los grupos más vulnerados, donde la situación económica de las mujeres aún es precaria, y donde a pesar de todo, hemos sobrevivido, hemos logrado avances y continuamos luchando por el reconocimiento pleno de la capacidad de la mujer de tomar decisiones autónomas y responsables.

### **3.3. Marco conceptual**

En este marco nos referiremos, en primer lugar, a los conceptos básicos utilizados en la investigación, y en segundo lugar, a los aspectos teóricos respecto al método y las preguntas de la investigación.

#### **3.3.1. Conceptos básicos**

Esta investigación se comprende desde los conceptos básicos de género, derechos sexuales, derechos reproductivos, salud reproductiva, salud sexual, autonomía sexual y reproductiva de las mujeres, interrupción del embarazo y violencia obstétrica.

### **3.2.1.1. Género**

Es central para esta investigación, comprender la categoría género, como las relaciones sociales de desigualdad entre los sexos. Así entendido, el concepto género constituye una dimensión esencial para el análisis de la IVET, cuestión que se ubica en un terreno de poder, plagado de dominación, desigualdad y discriminación en contra de las mujeres. Igualmente, el concepto género es central en la abogacía y la movilización política para tratar de rectificar las injusticias cometidas contra las mujeres, y en este sentido, lograr el cumplimiento de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos como derechos humanos. Pero no se trata de defender a las mujeres y atacar a los hombres, sino de entender las relaciones sociales de poder que construyen y mantienen la inequidad de género -especialmente en lo referente a la IVET- y tratar de subsanarlas (5).

### **3.2.1.2. Derechos Sexuales**

En 1982, en el Primer Congreso Latinoamericano de Sociedades de Sexología y de Educación Sexual en Asunción Paraguay, la psicóloga y sexóloga colombiana María Ladi Londoño, expuso "Los derechos sexuales inalienables de la mujer" (166); esto ocurre doce años antes de la Conferencia del Cairo, la cual incluye los derechos reproductivos, y sólo nombra tímidamente los derechos sexuales.

En 1997 en el XIII Congreso Mundial de Sexología realizado en Valencia (España) se emitió la Declaración Universal de los Derechos Sexuales<sup>24</sup>. Entendiendo la sexualidad como una parte integral de la personalidad de todo ser humano, se comprende que su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. Además, se admite que la sexualidad es construida a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales y que el desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. En la llamada "Declaración de Valencia" se dice que los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad inherente, dignidad e igualdad para todos los seres humanos:

---

<sup>24</sup> Los Derechos Sexuales son Derechos Humanos Fundamentales y Universales. Declaración del 13º Congreso Mundial de Sexología, Valencia, España, revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República popular China.

Para asegurarnos que los seres humanos de las sociedades desarrollen una sexualidad saludable, los derechos sexuales que se explican a continuación, deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades de todas las maneras. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales: 1. El derecho a la libertad sexual: la libertad sexual abarca la posibilidad de los individuos de expresar su potencial sexual. Sin embargo, esto excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier tiempo y situaciones de la vida. 2. El derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual: este derecho involucra la habilidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual de uno dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y el placer de nuestros cuerpos libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo. 3. El derecho a la privacidad sexual: este involucra el derecho a tomar decisiones individuales y conductas sobre la intimidad siempre que ellas no interfieran en los derechos sexuales de otros. 4. El derecho a la equidad sexual: este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o invalidez física o emocional. 5. El derecho al placer sexual: el placer sexual incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual. 6. El derecho a la expresión sexual emocional: la expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor. 7. El derecho a la libre asociación sexual: significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales. 8. El derecho a hacer opciones reproductivas, libres y responsables: esto abarca el Derecho para decidir sobre tener niños o no, el número y el tiempo entre cada uno, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad. 9. El derecho a información basada en el conocimiento científico: la información sexual debe ser generada a través de un proceso científico y ético y difundido en formas apropiadas en todos los niveles sociales. 10. El derecho a la educación sexual comprensiva: Este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales. 11. El derecho al cuidado de la salud sexual: el cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales (167).

### **3.2.1.3. Derechos Reproductivos**

La Conferencia del Cairo en el punto 7.3 de su informe, en 1994, dice que los derechos reproductivos:

...se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos, deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable (19).

En la mayor parte de los países, la falta de atención de los derechos reproductivos de la mujer limita gravemente sus oportunidades en la vida pública y privada, las oportunidades de educación y pleno ejercicio de sus derechos económicos y políticos. "La capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos. La responsabilidad compartida por la mujer y el hombre de las cuestiones relativas al comportamiento sexual y reproductivo también es indispensable para mejorar la salud de la mujer" (62). Situación que se ha modificado y que debe contemplar, además, la inseminación in vitro, el alquiler de vientres, entre otros aspectos.

#### **3.2.1.4. Salud Reproductiva**

La salud reproductiva fue definida en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo de 1994, en el capítulo VII, 7.2, como "un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos" (19). Añade que la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, a procrear sin riesgos y a tener "la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia" (19). Por ello proclama el derecho a la información y al uso de métodos anticonceptivos seguros, eficaces asequibles y aceptables.

La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre



la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada (19).

En las recomendaciones de Beijing se lee también:

Proporcionar servicios de atención primaria de salud más accesibles, económicos y de calidad que incluyan la atención de la salud sexual y reproductiva, que comprende servicios de planificación de la familia y la información al respecto, y concedan especial importancia a los servicios de maternidad y de obstetricia de urgencia como se acordó en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (62).

### **3.2.1.5. Salud Sexual**

La Conferencia del Cairo dice que la salud sexual tiene por objetivo el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de Infecciones de Transmisión Sexual ITS (19).

La salud sexual es “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (168).

### **3.2.1.6. Autonomía sexual y reproductiva de las Mujeres**

La salud sexual y reproductiva es un tema de derechos humanos asociado íntimamente con la noción de libertad. Dice María Ladi Londoño en su libro *Prácticas de Libertad en sexualidad y derechos reproductivos* (169):

No olvidemos tampoco que las posibilidades y/o el deseo del Hijo/a en la mujer, pueden estar no sólo polarizados sino en contradicción y será su conciencia y no la ajena la que decida.

Si en algún campo se comprueba la responsabilidad de la mujer y el compromiso consigo misma, es en el aborto donde, pese a la excomuni3n, la cárcel, la condenaci3n social y todas las consecuencias del caso, se

hace sin ella asumirse criminal ni en pelea con su Dios, especialmente si media una relación de apoyo o ayuda. Es, por tanto –lo he manifestado otras veces-, un hecho subversivo y revolucionario sin intermediación de líderes o jefes. Igualmente es una acción responsable ante el embarazo por violación y la falla de métodos anticonceptivos.

Mi trabajo psicológico con las vivencias del embarazo inoportuno o indeseado me permiten afirmar que, en un gran porcentaje, todo el miedo, la ambivalencia y la ansiedad que rebullen dentro de las mujeres cuando se dan cuenta de este embarazo, en lugar de paralizarlas las fortalece para actuar, muy posiblemente porque también se saben solas para decidirlo y hacerlo. Además, quiere decir que, dentro de la ilegalidad y la normativa social, se pueden hacer elecciones apropiadas, reflexivas y llenas de contenido.

[...] Otro aspecto necesario en la actualidad para promover la salud reproductiva, tiene que ver con el trabajo sobre la condición de la mujer y sus opciones, con el fin de que se fortalezca su libertad psicológica; para lograrlo es preciso abordarla directamente movilizándolo prejuicios, mitos y tabúes que aún subsisten, ya que difícilmente se dará como efecto colateral de otra educación.

### **3.2.1.7. Las decisiones responsables**

Para esta investigación se define la responsabilidad como “la posibilidad de prever los efectos del propio comportamiento y corregir el comportamiento mismo con base en tal previsión” (170). Según Max Weber hay una ética de la convicción y otra ética de la responsabilidad. La primera es típica de quienes se entregan de manera intransigente a un ideal determinado, sin preocuparse ni de los medios necesarios para su realización, ni de las consecuencias derivadas del propio comportamiento. La ética de la responsabilidad, por el contrario, es típica de quienes se preocupan por los medios destinados a obtener un fin o por los efectos derivados de su propia actuación (170). Es esta última ética de las decisiones responsables, la de prever los efectos del propio comportamiento y modificarlo si es necesario, la que acompaña las denominadas decisiones responsables mencionadas en esta investigación.

### **3.2.1.8. Interrupción del embarazo**

#### **❖ Aborto**

La Organización Mundial de la Salud define el aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. La viabilidad de un feto fuera del útero es un concepto cambiante que depende de los progresos médicos y tecnológicos y

actualmente se estipula en 22 semanas de gestación o 500 gramos de peso (171). El aborto puede ser seguro cuando se realiza en condiciones adecuadas y por personal debidamente entrenado o puede ser inseguro cuando no se cumple con alguna de las dos condiciones anteriores o con ambas (23). El aborto inseguro es responsable de graves daños para la salud de las mujeres así como de mortalidad materna (21,23,57).

El aborto inseguro constituye un grave problema de salud pública a nivel global, pues potencialmente puede afectar a la mitad de la población del Planeta, es causa de graves y frecuentes enfermedades y no en pocas circunstancias de la muerte de las mujeres. La muerte de una mujer joven a consecuencia de un aborto inseguro, usualmente deja huérfanos a otros hijos que tendrán una mayor probabilidad de enfermar y morir, principalmente los más pequeños, a consecuencia de la ausencia de la madre, sin contar con los trastornos psicológicos, sociales y económicos para la familia y su entorno más cercano (21–24).

#### ❖ **Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)**

En el contexto colombiano, la IVE consiste en la terminación de la gestación de forma legal y voluntaria sin restricción de edad gestacional (7).

#### ❖ **Interrupción Voluntaria del Embarazo Tardía (IVET)**

En el marco de esta investigación se denomina IVET a la terminación del embarazo luego de la semana 21 de gestación, procedimiento que requiere en primer lugar de la inducción con medicamentos, aplicados en la circulación fetal o en el líquido amniótico, de la asistolia o detención del latido cardíaco del feto (172) y a continuación provocar o inducir el trabajo de parto para que finalmente la mujer dé a luz un feto muerto.

### **3.2.1.9. Violencia Obstétrica**

Las mujeres no pueden todavía disfrutar de la maternidad como una experiencia natural, dichosa y saludable, porque desde un modelo patriarcal y capitalista, el sistema de salud, que se preocupa más por la productividad y la disminución de los costos de atención, ha convertido los eventos reproductivos en un hecho biológico y social patologizado, institucionalizado y despersonalizado, en el cual las mujeres pierden la autonomía sobre sus cuerpos.

La medicina basada en la evidencia desconoce que la interlocución con las mujeres es básica durante los procesos de atención y entabla relaciones asimétricas entre las maternas y el personal de salud, lo cual produce sometimiento al saber médico y a las normas del sistema de salud, perdiendo totalmente su autonomía para decidir, por ejemplo, cómo asumir el proceso de trabajo de parto y el parto. En este marco se da la violencia obstétrica como violencia institucional en salud y violencia de género.

... la violencia institucional es definida por Bruyn (173) como “una forma específica de abuso, que comprende daño físico y psicológico a personas como resultado de condiciones estructuralmente inadecuadas en las instituciones y sistemas públicos” considerando además que está estrechamente relacionada con el trato degradante y la baja calidad de la atención en salud.

... la violencia de género ha sido definida por el Ministerio de Salud y Protección Social ([minsalud.gov.co](http://minsalud.gov.co). Violencias de Género. Bogotá; 2016) como “cualquier acción o conducta que se desarrolle a partir las relaciones de poder asimétricas basadas en el género que sobrevaloran lo relacionado con lo masculino y subvaloran lo relacionado con lo femenino”.

... la violencia obstétrica ha sido tipificada como una modalidad de violencia de género, que hace referencia a las conductas de acción u omisión que se derivan del proceso de atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio en el ambiente hospitalario que incluyen: el maltrato físico y verbal, la humillación, los procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), la falta de confidencialidad, el incumplimiento con la obtención del consentimiento informado, la negativa a administrar analgésicos, las violaciones flagrantes de la privacidad, el rechazo de la admisión en centros de salud y la retención de las mujeres y de los recién nacidos debido a su incapacidad de pago (Organización Mundial de la Salud - OMS. Ginebra, Suiza; 2014. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud).

...Aunque estudios (Hernández-Rojas C, Vera Quintal A. Violencia obstétrica en La Gran Caracas. Estudio multicéntrico, Venezuela. Trabajo de grado. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Caracas. Universidad Central de Venezuela; 2012. 63 p. / Grupo de Información en Reproducción Elegida. Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos. México: c2015. 104 p.), afirman que la violencia obstétrica se ejerce frecuentemente, existen dificultades reales para que las mujeres denuncien; para empezar, entre las pacientes no hay conciencia de sus derechos durante la atención del embarazo, parto, postparto o postaborto; tampoco esta problemática se difunde de manera sostenida;

finalmente, la violencia obstétrica está tan naturalizada entre las mujeres que la viven, que resulta difícil conceptualizarla como tal.

En el contexto latinoamericano se destacan los avances normativos en México, Argentina y Venezuela; en Colombia no hay una legislación que prevenga y sancione este tipo de violencia, por lo tanto, ha sido invisibilizada y a nivel investigativo apenas comienza a recolectarse evidencia que permita abordar esta problemática. Más allá de las implicaciones que tiene en la calidad de la prestación de servicios de salud, se hace necesario posicionarla como un tema de defensa de los derechos humanos de las mujeres que requiere ser intervenido mediante la construcción de un marco legislativo, la modificación de guías de práctica clínica, protocolos de atención e inclusión dentro de los diseños curriculares de la formación del personal de salud y el empoderamiento de las mujeres de sus procesos sexuales y reproductivos en el marco de la prestación de los servicios de salud (147).

### **3.2.2. Aspectos teóricos relacionados con el método de investigación y con las preguntas de investigación**

A continuación, expondremos el enfoque histórico hermenéutico utilizado en esta investigación, el interaccionismo simbólico, la construcción social de la realidad, la construcción de significado y la Teoría Fundada.

#### **3.2.2.1. El enfoque histórico hermenéutico**

Los preceptos del enfoque histórico hermenéutico son el modo de interpretación para acercarse a la subjetividad del ser humano individual o colectivo, en este caso, la subjetividad de las mujeres que se han practicado la IVET, y su entorno. Consiste en la comprensión del significado histórico, social e íntimo de la IVET interpretado por quienes lo han experimentado, y por mí como investigador.

La investigación de la IVET aborda temáticas subjetivas de la realidad que hay que mirar "desde adentro" para hacer visible su singularidad, así como las particularidades de este proceso social cargado de significados variables y contrarios (17). La valoración de lo subjetivo y, lo vivencial, en este caso es muy fuerte, primero por el carácter que se le ha dado a la IVE como algo prohibido, pecaminoso y culposo; también, por la interacción lograda entre las mujeres que se realizaron dicho procedimiento y el investigador. Igualmente, la comprensión de las circunstancias locales, cotidianas y culturales de estas mujeres es fundamental para comprender su lógica y los significados que dan ellas mismas, como actrices de su propia realidad (174).

Con el fin de asumir el paradigma histórico-hermenéutico en esta investigación, expondré brevemente varias teorías de gran importancia para la dilucidación del problema: el interaccionismo simbólico de la escuela de Chicago con Herbert Blumer a la cabeza, la construcción social de la realidad de Peter Berger y Thomas Luckmann, y el cómo se da la construcción de significados, desarrollado por Alfred Schutz. Finalmente explico la Teoría Fundada (TF).

### **3.2.2.2. El interaccionismo simbólico**

El Interaccionismo Simbólico (IS), término acuñado por Blumer en 1937, es uno de los precedentes de la TF, y es el que capta mi interés, debido a sus conceptos teóricos que están íntimamente relacionados con el objetivo de la investigación, los significados de las mujeres sobre la IVET. Uno de esos conceptos es que "... el ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas significan para él" (174). El concepto de "cosas", en este caso, se refiere a todo lo que una persona puede percibir en su mundo, sean objetos físicos, categorías de seres humanos, instituciones, ideas importantes, actividades ajenas y las demás situaciones que cualquiera puede enfrentar en su mundo simbólico (174). En otras palabras, la IVET o la decisión de continuar una gestación, serían "cosas", que de acuerdo con lo que la mujer piense de ellas, la llevarán a orientar sus actos y a tomar una decisión.

Es importante mencionar que otras corrientes estudian los estímulos o la posición social, ignorando la importancia de los significados; por el contrario, el IS considera que éstos son centrales para los seres humanos y constituyen un elemento fundamental en sí mismos. Ignorarlos, es considerado por Blumer, como falsear el comportamiento sometido a estudio, debido a que son los significados los que juegan un papel central en la formación del comportamiento (174). Por consiguiente, son los significados que las mujeres tienen de la IVET o de continuar con la gestación, los primordiales para este proceso investigativo.

Ahora bien, "... el significado de estas cosas se deriva de, o surge como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con el prójimo" (174); concepto central, pues para muchos, el significado es intrínseco al objeto, y para otros, es la expresión de los elementos psicológicos que intervienen en la percepción de la cosa (percepción, cognición, represión, transferencia de sentimiento y asociación de ideas). El interaccionismo simbólico "no cree que el significado emane de la estructura intrínseca de las cosas, que lo posee, ni que surja como consecuencia de una fusión de elementos psicológicos en la persona, sino que es fruto del proceso de interacción entre los individuos" (174). En otras palabras, el significado que, por ejemplo, la IVET o la gestación tienen para una persona es el producto de las diferentes formas en que otras personas actúan hacia la IVET o la gestación. Por lo tanto, el significado que la IVET o el continuar la gestación, tengan para las mujeres, será el resultado de la interacción entre ellas y su medio familiar, laboral, religioso, social y político; y sobre todo, de las personas que la acompañan durante esta experiencia.

Finalmente: "...los significados se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va hallando a su paso" (174). Sería un error pensar que el significado que se tiene de la IVET o de la gestación, obtenido por el interaccionismo social, fuera aplicado tal cual fue obtenido; por el contrario, el IS postula que "la utilización del significado por una persona, en el acto que realiza, implica un proceso interpretativo" (174).

Este proceso de interpretación consta de dos etapas. La primera consiste en que el agente se indica a sí mismo cuáles son las cosas hacia las que se encaminan sus actos, en este caso las dos cosas en juego son interrumpir la gestación avanzada o continuar con ella. En otras palabras, la mujer se señala a sí misma estas dos cosas que para ella tienen importancia. Éste es un proceso social y de comunicación consigo mismo, o como lo llama Blumer, un proceso social interiorizado.

La segunda etapa se da a consecuencia de la primera, dado que el agente no aplica el significado en su acto de manera automática, sino que es un proceso formativo en el que los significados son utilizados como instrumentos para la orientación y formación del acto. Así, la IVET se interpreta. En otras palabras, el agente, en nuestro caso la mujer, selecciona, verifica, elimina, reagrupa y transforma los significados. Así pasa con la IVET: de acuerdo con la situación en que se halla inmersa la mujer, hace dirección de su acto (174). En palabras de Blumer "es necesario entender que los significados desempeñan un papel en el acto a través de un proceso de auto interacción" (174).

Las llamadas por Blumer "imágenes radicales", son el fundamento del interaccionismo simbólico y consisten en que *los grupos o sociedades humanas existen fundamentalmente en acción* y en dicho contexto deben ser considerados; en última instancia, cualquier tipo de sociedad está compuesta de personas involucradas en la acción, en este caso en particular, las personas involucradas en la acción de la decisión y la ejecución de la IVET (174). La vida en grupo implica una *interacción social* entre todos sus miembros, las actividades de cada miembro del grupo se producen en respuesta o en relación con las demás personas y se trata de una interacción entre agentes y no entre los factores que se les atribuyen (174).

Para el IS, los mundos que se extienden para todos los seres humanos y para sus grupos, se componen de *objetos* producto de la interacción simbólica; estos objetos son cualquier cosa a la que se pueda señalar, indicar o hacer referencia, desde un animal hasta una doctrina religiosa, pasando por la IVET o por continuar una gestación, y por conveniencia se



dividen en objetos físicos, sociales y abstractos. El significado de los objetos para una persona, está definido por aquellos con quienes "interactúa", por la sociedad en que está inmersa, que para esta investigación en un país como Colombia, es una sociedad patriarcal, inequitativa y violenta (174), donde proliferan varios credos religiosos (católicos, cristianos y otros) que coinciden en la condena a la autonomía de la mujer.

El IS considera al *ser humano como un organismo agente* capaz de tener una estructura en consonancia con la interacción social, un organismo capaz de responder a los demás a nivel simbólico, de hacer indicaciones a los demás y de interpretar las que ellos hacen, y todo esto es posible, debido a que posee un "sí mismo", o sea que puede interactuar con sus propios actos transformándolos en objetos y por consiguiente, el agente sabe qué objeto es y esto le permite actuar de manera consecuente consigo mismo y con los demás (174).

La *acción humana* consiste en la capacidad para auto formularse indicaciones, de qué ocurriría, confiriendo a su acción un carácter distintivo. Así, la mujer cuando decide si continúa con el embarazo o si lo interrumpe, ante un mundo usualmente en contra de la IVE, interpreta para poder actuar, y no actúa conforme con su sociedad. La mujer a la hora de actuar -IVET versus gestación- debe interpretar los deseos, las necesidades, los objetivos, los medios disponibles para su logro, los actos ajenos, tanto realizados como previstos, la propia imagen y el resultado probable. El comportamiento se orienta y se forma a través de un proceso de indicación e interpretación, puede iniciarse o concluirse, abandonarse o postergarse, limitarse a un mero proyecto o a una vida interior de ensueños, o bien modificarse (174). Por todo esto pasa la mujer frente a la IVET.

La interacción conjunta consiste en que la vida de los grupos humanos y de las mujeres en particular, se basa y depende de la adaptación recíproca. La decisión de la IVET o de continuar la gestación depende también de los diferentes miembros de la sociedad donde se encuentra la mujer, y esta integración de la decisión tomada es lo que se denomina "acción conjunta". Pero dicha acción conjunta es más que la suma de sus partes, pues cada participante tiene una visión diferente de la IVET o de continuar la gestación, y la suma de estas visiones tampoco da cuenta de la acción conjunta. Ésta posee en sí misma un carácter distintivo que reside en la articulación o vinculación propiamente dichas de la decisión tomada, con independencia de lo que pueda ser articulado o vinculado en cada caso (174). Por lo tanto, la decisión que se tome o acción conjunta, se convierte en un objeto del que se puede hablar y se puede usar sin

fragmentarlo. En otras palabras, el sujeto se autoanaliza como objeto y esto es lo que determina un curso de acción diferente al que le fue indicado socialmente, aspecto central, pues son justamente sujetos cognoscentes -las mujeres y el investigador- con sus significados de la IVET, que interactúan permanentemente con su entorno y su contexto inmediato, con motivaciones, intereses, juicios, prejuicios y razones, que justamente la investigación busca desentrañar para ser entendidas, comprendidas y explicadas desde las mujeres y desde quien investiga, para satisfacer la necesidad de saber, entender y comprender dicho mundo.

En el apartado siguiente analizaremos la contribución de la construcción social de la realidad, al desentrañamiento de los significados de las mujeres sobre la IVET, aportando el telón de fondo donde ocurren las luchas feministas por los derechos sexuales y por los derechos reproductivos.

### **3.2.2.3. La construcción social de la realidad**

Para el estudio de los significados que construyen las mujeres que experimentaron una IVET, es importante tener presentes a Luckmann y Berger en su texto *La construcción social de la realidad*, publicado en español por primera vez en 1968, pues allí introducen elementos fundamentales para la comprensión de los significados en sociedad, que están en consonancia con los planteamientos de Blumer. Lo escrito a continuación se basa en la exposición de dichos autores.

Ellos entienden toda la realidad y la realidad de la vida cotidiana como interpretada por los seres humanos, que tienen el significado subjetivo de un mundo coherente, que se da por establecido como realidad por los miembros ordinarios de la sociedad en el comportamiento subjetivamente significativo de sus vidas; es un mundo que se origina en sus pensamientos y acciones, sustentado como real por éstos (175). Por ejemplo, una mujer embarazada con una edad gestacional avanzada, que tiene más hijos, abandonada por su pareja y en condiciones socioeconómicas difíciles y sin empleo, tiene el significado de un mundo de dificultades, privaciones y penurias, coherente para ella en la sociedad en que vive; es un mundo originado en los pensamientos y en las acciones suyas en una sociedad determinada, ella considera tales significados de la pobreza y el embarazo como reales.

Este mundo real, subjetivo y social en el que viven las mujeres y los hombres, es el mundo cotidiano donde se toma la decisión y se termina con la gestación, donde abortar es pecaminoso, donde los significados han sido construidos no necesariamente por las mujeres, un mundo

cotidiano donde ellas son subordinadas y excluidas a pesar de sus luchas por lograr la igualdad jurídica y reconocimiento pleno como seres humanos.

Tal es el mundo cotidiano que tiene que analizar esta investigación, con la participación de las mujeres, para entender los significados de la IVET. Pero, además, yo, como investigador, como sujeto cognoscente de la realidad, y de la mano de las mujeres como sujetos igualmente, en integración y comprensión, tengo que abordar, analizar, elaborar, reaccionar, accionar, interrogar, responder, decidir, asumir, lo que dicen las mujeres, desde quiénes son ellas y cómo sufren, resignifican, trascienden, aprenden, comprenden y transforman ese mundo cotidiano.

Ahora bien, la vida cotidiana se presenta como un mundo intersubjetivo, un mundo compartido. La intersubjetividad establece una diferencia entre el mundo de la vida cotidiana donde viven los seres de carne y hueso, donde la vida es tan real para mí como para ellas, con otras realidades como el mundo de los sueños; mi conciencia es capaz de moverse en diferentes esferas de realidad; en otras palabras, soy consciente de que el mundo está compuesto de múltiples realidades: la realidad de las mujeres, la realidad de los otros, mi realidad. Sin embargo, la realidad preponderante es la realidad de la vida cotidiana. En el mundo de la vida cotidiana estoy con otros, en mi entorno familiar, laboral, académico y con las mujeres, y todos compartimos una actitud frente a este mundo y aceptamos las objetivaciones que ordenan este mundo, objetivaciones dadas con antelación a nuestra llegada a él y a la llegada de mis contemporáneos a este mundo (175). Nacimos en un mundo donde las mujeres son subordinadas, destinadas a la sumisión y a la procreación, donde los que ostentan el poder son la minoría y ejercen la violencia para mantenerlo, y donde la interrupción del embarazo es un sacrilegio. Este es el mundo que heredamos y creemos "natural". Esta investigación busca cuestionar y desnaturalizar esta situación, contribuir a cambiar; se trata de develar esos órdenes, de mostrar otras lecturas e interpretaciones del orden establecido, dado como "normal", invisibilizado y tolerado socialmente a pesar de lo violento que puede llegar a ser, en particular con las mujeres.

Es en este mundo en el que tenemos diferencias y discordancias, o incluso conflictos en lo referente a la cuestión de la subordinación de la mujer y la IVET; vivimos en este mundo conflictivo que es al mismo tiempo, común (una sociedad con sus significados) y particular (el individuo y sus significados particulares) para todos y todas.

Ahora bien, la realidad de la vida cotidiana no se agota en la presencia cotidiana de mis contemporáneos; abarca otros fenómenos que no están aquí y ahora, lo que significa que yo experimento la vida cotidiana en grados diferentes de proximidad y alejamiento, tanto espacial como temporal (175). De allí lo importante del reconocimiento del devenir de las personas y las sociedades, de la historia de las mujeres, la historia de los derechos sexuales y reproductivos, la historia de la IVE. Así mismo cobra relevancia empezar a escribir la historia de la IVET, a varias manos, desde la voz de las mismas mujeres que la experimentan.

La dimensión temporal de un proceso como la subordinación de la mujer o de un suceso como la IVET, pueda ser lejana o cercana, tenue o fuerte, efímera o continuada, natural, invisible o desmitificada y evidente. También el tiempo cuenta en la narración de la situación y sus significados, en el "cara a cara" con las mujeres participantes.

Además, como investigador, con mi devenir histórico, soy el responsable de que algo ocurra y acontezca; puedo hacer visibles los orígenes y causas históricas de la criminalización del aborto y su condena como delito. Puedo recorrer en parte el camino hacia la liberación, hacia el ejercicio efectivo de un derecho, que materializado implica y significa la emancipación de las mujeres y la transformación trascendental de sus vidas.

La vida cotidiana está dividida en sectores, unos que se aprehenden rutinariamente y otros que causan problemas de diversa índole, pero que soy capaz de integrar (175). Ahora bien, si aparece algo que me da dificultad de integrar a mi vida cotidiana, como la subordinación de la mayoría de los seres humanos y especialmente de las mujeres, y el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, es porque el problema es de un mundo diferente al de la vida cotidiana, que ha sido históricamente invisibilizado y naturalizado. Esta nueva realidad es una zona limitada de significado para la mayoría de las personas, pero incluso en este caso, el lenguaje común de que dispongo, basado en la vida cotidiana, es el que me sirve para interpretar dichas zonas (175), comprenderlas y hacerlas visibles, sacarlas a la luz.

Los otros, las mujeres y sus subordinadores, en la vida cotidiana, son accesibles por excelencia en la situación "cara a cara" y de aquí la relevancia de las entrevistas semiestructuradas, de los grupos focales y del diario de campo, pues en el encuentro con ellas y ellos estamos compartiendo vívidamente, el prototipo de la interacción social. Mientras estemos en frente de la otra-o, hay un intercambio continuo entre ambas expresividades; se percibe el amor, el dolor, la rabia, la soledad, la contradicción, entre otras muchas emociones y sentimientos. En esta

situación, la subjetividad del otro-a se me da mediante un máximo de síntomas, que no se presentan en ninguna otra forma de relación (la escrita, por ejemplo). En la situación cara a cara la otra-o es más real para mí que yo mismo, dado que el acceso a mi subjetividad requiere de reflexión, o sea que no se me presenta directamente. Por el contrario, la otra-o, sí se me presenta directamente, está continuamente a mi alcance pre-reflexivamente, mientras que lo que yo soy requiere que me detenga, que interrumpa la espontaneidad de mi experiencia y retrotraiga deliberadamente mi atención sobre mí mismo-a, sobre mis inquietudes, sobre mis dudas y certezas. Incluso, la reflexión sobre mí mismo-a es ocasionada típicamente por la actitud hacia mí que demuestre la otra-o (175), su actitud puede ser recatada o silenciosa, puede igualmente ser prolija y sincera, y en cada caso mi reflexión sobre mi propio actuar en la entrevista, será diferente.

Yo aprehendo al otro por medio de esquemas tipificadores. Por ejemplo, ya tengo una tipificación de la persona que es una mujer que se ha sometido a una IVET, sé que es una persona subordinada, que ha sufrido mucho con su decisión y ejecución de la IVET, sé que posiblemente su decisión haya sido en soledad y por lo tanto, en la interacción "cara a cara" o entrevista, ya tengo unas pautas preestablecidas en mi guion de entrevista, creadas dentro de las rutinas de mi vida cotidiana, en lo referente a mi experiencia de trato con mujeres que se someten a una IVET. La realidad de la vida cotidiana, por ejemplo, con respecto a la subordinación de las mujeres y la IVET, parte de y contiene, esquemas tipificadores en cuyos términos las-os otras-os son aprehendidas-os y "tratadas-os" en el encuentro frente a frente. Los esquemas que intervienen en estas situaciones son, por supuesto, recíprocos. Por ejemplo, las mujeres pueden sentirse inseguras o temerosas por hablar de un tema tan íntimo, y por hacerlo frente a un hombre que no es de su confianza. Por lo tanto, la otra-o también me aprehende de manera tipificada (175). En esta investigación lo particular e importante es que yo soy al mismo tiempo el investigador y la persona que las atendió durante el proceso de la IVET. Esto generó un previo ambiente de confianza, de solidaridad, y brindó la oportunidad de haberles dado a conocer la intención de hacer esta investigación. Así, ellas tuvieron tiempo de pensar y decidir si participar o no.

Dicen Luckmann y Berger que la realidad de la vida cotidiana no sólo está llena de objetivaciones, sino que es posible únicamente por ellas y el lenguaje. Las objetivaciones son indispensables y disponen el orden dentro del cual éstas adquieren sentido. De esta manera, el lenguaje -y la actitud- empleados durante el proceso de la IVET, da los referentes a

la persona en la sociedad y la llena de objetos significativos. La vida cotidiana, es vida con el lenguaje que comparto con mis semejantes y por medio de él (175). Ahora pienso que el éxito en conseguir que las mujeres participaran de esta investigación consistió en un trato respetuoso y un lenguaje digno de una mujer que toma una decisión responsable (30) y que asume las consecuencias de su decisión, un lenguaje que reflejó el profundo respeto por ellas y por su decisión de la IVET.

El lenguaje también tipifica la experiencia de la IVET, permitiéndole a la mujer incluirla en categorías amplias en cuyos términos adquiere significado para ella y para sus semejantes. El lenguaje también vuelve la tipificación de la IVET anónima, dado que la tipificación puede ser repetida por cualquiera que entre dentro de la categoría en cuestión, de ahí la importancia del compartir la experiencia de la IVET con otras mujeres que están pasando por la misma vivencia. De esta manera, las experiencias biográficas de una mujer se incluyen constantemente dentro de ordenamientos más generales de significado que son reales tanto objetiva como subjetivamente (175). El lenguaje entonces tiene la capacidad de trascender el "aquí y ahora" y tiende puentes entre diferentes zonas dentro de la realidad de la vida cotidiana, por ejemplo, puentes entre la decisión de la IVET y las condiciones de vida de la mujer -no querer ser madre, condiciones socioeconómicas, responsabilidad con la vida futura de ella, sus hijos y el nuevo ser, entre otras-, puentes entre la IVET y las creencias religiosas, de tal forma que las integra en un todo significativo. El lenguaje es capaz de "hacer presente" una diversidad de objetos que se hallan ausentes -espacial, temporal y socialmente- del "aquí y ahora", por ejemplo, el traer al "aquí y ahora" la posibilidad de la IVET (175).

Cualquier tema significativo -maltrato intrafamiliar, muchos hijos, dificultades económicas, no deseos de ser madre, entre otras-, que de esta manera crucen de una esfera de realidad a otra, puede definirse como un símbolo, y el modo lingüístico por el cual se alcanza esta trascendencia puede denominarse lenguaje simbólico. Al nivel del simbolismo, pues, la significación lingüística alcanza su máxima separación del "aquí y ahora" de la vida cotidiana, y el lenguaje asciende a regiones que son inaccesibles a la experiencia cotidiana no sólo de facto sino también a priori. Así es el caso de la IVET o del sistema patriarcal, la religión, la filosofía, el arte, la ciencia, las éticas, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, las luchas feministas, la salud pública, entre otros. Todos sistemas simbólicos de vital importancia histórica, y que tendrán una relevante trascendencia para el análisis que me propongo realizar con respecto a la IVET y al mundo de las mujeres (175).

Ahora es el momento de analizar a la sociedad como realidad objetiva. Las instituciones son un producto humano objetivo, tienen carácter histórico y trascienden la biografía de un individuo, como el Estado, la justicia, la religión, la educación, los derechos humanos, la salud, por mencionar algunas. En consecuencia, el individuo al nacer ya encuentra un mundo de instituciones que, por el hecho mismo de existir, controlan el comportamiento humano estableciendo pautas definidas de antemano que lo canalizan en una dirección determinada. La objetividad consiste en que las instituciones que ahora han cristalizado y experimentamos como existentes, por encima y más allá de nosotros mismos, nos controlan (175).

Por lo tanto, es en el mundo social, en el mundo de las instituciones, caracterizado por el poder, la subordinación, la violencia, la reproducción, la acumulación y la destrucción de la naturaleza, donde tenemos que hacer nuestro análisis y comprender que las instituciones determinan nuestros significados históricamente y que los significados que construye al individuo tienen que ver con su propio devenir histórico en el marco de dichas instituciones, sin caer en el error de la reificación o "distorsión no dialéctica de la realidad social que obscurece el carácter de esta última como producción humana continua, considerándola, en cambio, en categorías cosificadas, apropiadas sólo para el mundo de la naturaleza" (175). Es precisamente la no cosificación y la dinámica permanente de las instituciones humanas o mejor, de estos sistemas simbólicos, lo que me permite sacar a la luz las incongruencias del sistema patriarcal y de la dominación de las mujeres, hacerlas evidentes y proponer alternativas de cambio que nos permitan en algún momento superarlas y continuar con la construcción histórica de la realidad.

En otras palabras, "la reificación puede describirse como un paso extremo en el proceso de la objetivación, por el que el mundo objetivado pierde su comprensibilidad como empresa humana y queda fijado como facticidad inerte, no humana y no humanizable" (175). Es exactamente esto lo que hay que romper, una sociedad poco comprensiva, que impone cargas desproporcionadas a las mujeres y que las obliga a ser receptáculos para la reproducción, asumiendo que, por el contrario, la dialéctica esencial de la sociedad consiste en que la sociedad sólo existe en cuanto los individuos tienen conciencia de ella, y la conciencia individual se determina socialmente (175).

Concomitantemente con lo expuesto, recordemos que una vez que las instituciones van llegando a ser realidades divorciadas de su relevancia originaria, frente a los problemas sociales concretos de los cuales surgieron (175), su accionar crea un problema social. Como se evidencia

en las luchas feministas por la equidad de género y el reconocimiento de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, hay probabilidades reales, como está ocurriendo en todo el planeta, de que las mujeres en algún momento sean reconocidas como sujetos dignos de tomar decisiones moralmente responsables, entre ellas el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, en consonancia con un nuevo curso acorde con nuestra realidad social (175). Y son las instituciones las que se deben transformar.

Los orígenes de los universos simbólicos consisten en el proceso de explicar y justificar las objetivaciones institucionales para que lleguen a ser objetivamente disponibles y subjetivamente plausibles para las nuevas generaciones. Hay varios niveles de legitimación, el primero es el de las cosas son así porque así son, sin explicación y utilizada con los niños. El segundo nivel es el de los proverbios, refranes, leyendas, mitos. El tercero es el de teorías explícitas y el cuarto nivel es el de los universos simbólicos, que son los de interés para esta investigación (175).

El universo simbólico es un marco de referencia general, donde se integran todos los sectores, los de la vida cotidiana y los sectores marginales para constituir un universo (como el de los derechos sexuales y el de los derechos reproductivos, como el de la equidad de género), donde se desarrolle la experiencia humana. El universo simbólico aporta el orden para la aprehensión subjetiva de la experiencia biográfica de los individuos, dado que existían antes de que yo existiera y existirán después de mi muerte, por consiguiente, los universos simbólicos son productos sociales que tienen una historia. El universo simbólico resguarda al individuo contra el terror de las situaciones marginales, que no hacen parte de la vida cotidiana, adjudicando legitimación definitiva a las estructuras protectoras del orden institucional y éste es el objetivo de las luchas feministas y de investigaciones como la presente: lograr establecer un universo simbólico que establezca la equidad de género (175).

El universo simbólico ordena tanto el pasado, como el presente y el futuro. El pasado es la memoria que compartimos todos los que hemos sido socializados en determinado grupo social, por ejemplo, compartimos un pasado de discriminación, androcentrismo, autoritarismo, violencia y religión, donde hemos sido socializados. Esta historia determina en buena medida nuestro presente, y ambos a su vez determinan nuestras formas de actuar en el futuro, por consiguiente, este universo simbólico nos trasciende y es superior a nuestra existencia individual (175). De aquí la importancia de la investigación histórica y de la lucha presente para asegurar un futuro diferente, donde las mujeres y demás grupos humanos



subordinados sean libres y dignos de asumir la responsabilidad de sus actos.

Dadas las tensiones inevitables de los procesos de institucionalización, y por el hecho mismo de que todos los fenómenos sociales son construcciones producidas históricamente a través de la actividad humana, no existe una sociedad que se dé totalmente por establecida ni tampoco, un universo simbólico perenne; siempre estarán en evolución.

Ahora bien, los grupos, inicialmente marginales como las feministas, que se atreven a desafiar el universo simbólico patriarcal, se convierten en amenazas para el orden institucional legitimado por dicho universo simbólico y son repelidas por medios represivos, sin embargo, estos grupos marginales se van convirtiendo en universos simbólicos alternativos, que obligan al universo simbólico oficial a modificarse mediante mecanismos conceptuales construidos para resguardarse contra el desafío de los grupos heréticos que pueden terminar convirtiéndose en universos simbólicos alternativos, y en última instancia, el enfrentamiento del universo simbólico con un universo simbólico alternativo, se convierte en una cuestión de poder, más que de la habilidad teórica (175). De hecho, los feminismos son un universo simbólico alternativo, que a menudo se enfrenta y frecuentemente es fagocitado por el universo simbólico patriarcal dominante, sin embargo, creo que el ejercicio del poder en el futuro, no será un poder depositado en manos de unos pocos, sino que será el poder de todos y cada uno de los seres humanos y cuando esto se logre habremos superado el universo simbólico patriarcal.

En la actualidad la mayoría de las sociedades son pluralistas, lo que implica que comparten un universo central bien establecido y diferentes universos parciales que coexisten en un estado de acomodación mutua (175), y es en este marco donde tiene sentido el análisis de nuestro problema de investigación, como situación perteneciente al universo central que comparten todos los países y que entra en conflicto con los universos parciales de cada uno de ellos.

En el siguiente apartado me ocuparé del tema más íntimo de la construcción de significado, que, con los aportes del IS y los universos simbólicos, constituyen el marco conceptual pertinente para el entendimiento de los hallazgos de la investigación.

#### **3.2.2.4. La construcción de significado**

El significado, en el sentido más primitivo de la palabra, se refiere a que en cada momento de su duración, el yo o mí mismo está consciente, es

decir, tiene un significado de las cosas que ha seleccionado, como su estado corporal, sus sensaciones, sus percepciones, sus actos de toma de actitud y su estado emocional. Por ejemplo, la mujer es consciente de su estado de embarazo, sus sensaciones encontradas, sus percepciones de lo que implica tener un hijo, de su estado emocional frente al mismo y de tener que asumir una actitud determinada. Si digo que el embarazo avanzado y la IVET son significativos, sólo lo hago porque al prestarles atención, los he seleccionado, distinguido y relacionado con la totalidad de vivencias que coexisten con ellos, como situaciones precedentes, tener otros hijos que cuidar y alimentar, no tener pareja, no desear otro hijo, haber sufrido una violación sexual, entre otras. Igualmente, las que se refieren al futuro, como pensar en lo que implicará para ella, para sus hijos actuales y para el hijo futuro el no tener recursos económicos, y más. El significado indica una actitud peculiar por parte de la mujer hacia el tener un hijo o interrumpir la gestación, es una cierta manera de dirigir la mirada hacia la gestación y sus implicaciones en la vida de una mujer particular (176).

Es importante resaltar que la vivencia significativa de la IVET es discreta, tiene un principio y un fin, y es claro que sólo se puede llamar significativa dado que ya ocurrió, es una vivencia ya terminada y sustraída al devenir, sustraída del total de vivencias de la vida de la mujer. Sólo desde el punto de vista retrospectivo existen vivencias discretas. Sólo lo ya vivido, en este caso la IVET, es significativo y en ningún caso lo que apenas está siendo vivido. El significado es una operación de intencionalidad que, no obstante, sólo se vuelve visible a la mirada reflexiva. En otras palabras, si no reflexionamos sobre la vivencia de la IVET, estamos viviendo en un mundo de significados asignados por otros y que nosotros damos por sentado. Por lo tanto, el significado de la IVET, sólo puede entenderse como una mirada atenta, dirigida no a la IVET que transcurre, sino a una IVET que ya pasó (176).

Una mujer decide terminar su gestación y ejecuta el acto; este acto tiene un significado para ella y a su vez tendrá un significado para todas y cada una de las personas que la rodean, pero el acto de estas personas es estar observando el acto de la mujer que se hizo la IVET y no ejecutándolo, por lo tanto, cada persona involucrada en este proceso tiene un significado subjetivo de su propio acto: la mujer de terminar la gestación y el resto de las personas de contemplar que la mujer terminó con la gestación. Es importante advertir que estas perspectivas nunca coincidirán, aun en condiciones óptimas de interpretación, dado que la construcción de significado depende del devenir histórico de cada persona y cada persona

selecciona de sus propias vivencias algunas para construirles significado, por lo tanto, es imposible que estos coincidan (176).

Los individuos que observan la IVET que realizó la mujer, lo ven como un hecho del mundo exterior. Como ellos viven en dicho mundo, tratan de comprenderlo, de entender el acto que realizó la mujer. Los individuos no sólo viven en sus vivencias subjetivas, lo que interpretan de las acciones de otro u otros, sino que reflexionan sobre ellas, en este caso sólo la mujer tiene una vivencia directa de la IVET, y una indirecta quienes observan y piensan en ella y hablan de ella, utilizando conceptos y juicios, que son interpretaciones de dicha realidad, pero que están lejos de ser los significados subjetivos dados por la propia mujer que está viviendo el hecho. De este modo, la IVET se comprende mediante esquemas interpretativos, que dependen de la posición de cada actor (47).

El significado, alude a que un ser racional asume una cierta actitud hacia un objeto cualquiera con el que se enfrenta, en este caso con la terminación de la gestación por parte de la mujer. Dado que las personas vivencian el curso de la acción -la terminación de la gestación- como un hecho de su mundo, proceden a interpretar esta experiencia, y el significado que la vivencia de la IVET tiene para ellas o ellos, es meramente una explicación de un aspecto de su propia experiencia ya que es una interpretación propia de lo que hace la mujer y en ningún momento es lo que significa la mujer sobre el hecho que está viviendo (47).

Todos los fenómenos del mundo externo tienen un significado para todos y cada uno de nosotros, por lo tanto, todo acto propio se remonta a algún acto de dotación de significado por parte de otra persona en relación con el mismo mundo que habitamos. En otras palabras, el significado que construimos alrededor de la IVET es una construcción colectiva o sea un fenómeno intersubjetivo de los individuos que constituyen una sociedad (47).

Ahora bien, como el interés de esta investigación se centra en los significados de las mujeres sobre la IVET, es importante tener presente que éstos se forman en la intersubjetividad con otros: familiares, vecinos, amigos, y demás, en una relación intersubjetiva. Pero también, éstos serán captados por mí como investigador, lo que implica en principio dos situaciones que tenemos que evidenciar: una relacionada con el proceso de construcción de significados por las mujeres y dos, la interpretación de tales por parte mía como investigador.

La construcción del "yo solitario" que da la propia mujer a su acto de la IVET implica usualmente que ella dé por sentado el mundo de significados

donde habita -patriarcado, subordinación, reproducción-, es su mundo cotidiano. En la vida cotidiana, la mayoría de las personas asumen una actitud natural, es decir viven dentro de los actos de significación de su sociedad. Por consiguiente, en este caso la IVET se significa objetivamente a través de lo que significa la maternidad y el aborto para nuestra sociedad, por ejemplo, la mistificación de la maternidad y la condena del aborto (47).

Los significados objetivos son una unidad considerada como objeto ideal, y se refieren a signos y expresiones que tienen significado por sí mismos, independientemente de los sujetos que las produzcan o que las utilicen; es lo que Schütz denomina objetividades ideales, que se constituyen en el contenido significativo de las expresiones de los grandes sistemas del lenguaje, el arte, la ciencia, el mito, la religión. Estas objetividades ideales, son parte inseparable, desempeñan un papel propio y específico en la interpretación que cada individuo hace de la conducta de las demás personas.

Teniendo presente lo anterior, la mujer que se realiza una IVET puede considerar el mundo que se le presenta como completo, constituido y que debe darse por sentado, y presupone, como dada sin cuestión, una serie de contenidos significativos muy complejos, como que la IVE es un asesinato, que las mujeres que se practican la IVE deben ser repudiadas, que la IVE nunca le pasa a una persona responsable o que la maternidad es el destino de toda mujer. Las interpretaciones presuponen el uso de esquemas interpretativos ya establecidos, lo que implica que el significado de la acción de la mujer que realiza una IVET y de las personas que la rodean en el mundo exterior son asignados desde el exterior del sí. Pero ella también puede interpretar de otra manera, hacer un acto de conciencia y re-significar la IVET y oponerse a los mandatos de su sociedad.

Puede ocurrir que, en estas situaciones tan complejas, que la mujer reflexione sobre su acto, o sea, que pueda dirigir su mirada hacia las operaciones intencionales de su conciencia que confirieron originalmente los significados a la IVE. Por lo tanto, en estos casos la mujer ya no tiene un mundo completo y constituido de antemano, sino un mundo que se está constituyendo ahora y se va constituyendo siempre de nuevo en la corriente de duración de su yo. El mundo en este caso es significativo para ella en virtud de esos actos intencionales de construcción de significado de los cuales se vuelve consciente al contemplarlos en forma reflexiva. Para lograr la consciencia del proceso de constitución de los significados se requiere poner entre paréntesis el mundo natural o el mundo de los esquemas de significados ya establecidos por otros. Por

consiguiente, el problema del significado subjetivo -creado en el proceso de reflexión- y objetivo -los esquemas de significado ya establecidos- entran en conflicto para esa mujer solitaria que asume una nueva actitud y no la que se cree "natural", ya preestablecida (47).

Ahora bien, si una mujer tiene una serie de vivencias, en etapas separadas, y a las cuales les ha dado significado por intermedio de la reflexión, es posible que esas vivencias conformen un contexto de significado, transformándose en un objeto unificado generalizado, en el cual se da por sentada la objetividad constituida previamente y se ignora el proceso de reflexión constituyente en sí mismo (47).

Los significados, más allá de las personas individuales, tienen un asiento en el mundo social. Por ejemplo, en mi función como investigador sobre los significados de las mujeres sobre la IVET, hago parte de ese mundo social y como tal puedo mirar los significados de dos maneras, como significados objetivos, atendiendo a los fenómenos del mundo externo, o penetrar en el proceso constituyente que ocurre dentro de la conciencia viva de esa mujer racional, y en este caso lo que me interesa ya no es el significado objetivo, sino el significado subjetivo al que apunta ella, sea que dé cuenta de los procesos constituyentes o no. Este proceso es intencional y depende de mí como investigador, con mi devenir y con mi acervo teórico (47).

Ha sido necesario desarrollar brevemente el concepto de construcción de significado y sus grandes complejidades, con el propósito de indicar que esta investigación busca abordar los significados de las mujeres, el significado social subjetivo al que ya hice alusión, a su intencionalidad, sea que logre dar cuenta o no, de las capas de constitución de dicho significado. Posteriormente, al hacer el proceso de codificación y de abstracción teórica de todas las entrevistas, ya no estaré tras el significado social subjetivo, sino tras el significado anónimo e invariante, el significado social objetivo, que es el que adquiere significación por sí mismo (47).

Por último, es necesario manifestar que el significado es diferente y cambiante de acuerdo con la distancia temporal desde la cual se la recuerda y mira, lo cual tiene implicaciones para la investigación, sin embargo, dado lo relevante de un evento raro para una mujer como la IVET, en esta investigación se desestimó este postulado y se ingresaron mujeres que se habían realizado la IVET desde el inicio de los programas para tal fin.

La aplicación del marco conceptual se puede ver reflejado a lo largo de todo el proceso investigativo, con especial énfasis en los componentes

que hacen referencia a la teoría fundada como método, al interaccionismo simbólico, la construcción social de la realidad y la construcción de significados, como telones de fondo y que son parte integral de cualquier investigación que se pregunte por los significados, pues éstos son construidos socialmente en un proceso de interacción simbólica consigo y con los demás.

### **3.2.2.5. La teoría fundada**

Desde la perspectiva de la investigación cualitativa, el conocimiento es el resultado de la interacción social y este proceso de producción colectiva, está atravesado por los valores, las percepciones y los significados de los sujetos que participan en dicha construcción. Por lo tanto, la subjetividad y la intersubjetividad son el vehículo por medio del cual se logra el conocimiento de la realidad humana y es su garante (17).

La investigación cualitativa en general y la Teoría Fundada (TF) en particular, indagan por la vida de los seres humanos, en este caso se aplica a las mujeres que vivieron la experiencia de una IVET. Esta modalidad de investigación, indaga sobre las subjetividades e intersubjetividades. De aquí su íntima relación con el interaccionismo simbólico, la construcción social de la realidad y la construcción de significados que ya analizamos.

Al indagar por los significados de la experiencia de la IVET, nos adentramos en la historia y vivencias de las mujeres como determinantes en la construcción de significados sobre la IVET. Este método de indagación entonces, está acorde al objeto de este estudio. Sería muy diferente con el método empírico analítico (18), que no lograría aprehender la subjetividad.

La TF, según Strauss y Corbin, se aplica a los datos recopilados de forma sistemática, que se analiza por medio de un proceso juicioso de investigación. Para la TF la recolección de datos, el análisis de los mismos y la teoría que surge de ellos guardan una estrecha relación entre sí, pero es claro que los datos determinan el proceso y el producto y conducen todo el proceso de investigación (18).

Esta teoría ata íntimamente los datos, la subjetividad de las mujeres, así como la intersubjetividad entre ellas y la mía como investigador; por consiguiente, no se trata de un ejercicio especulativo (18).

Dado que la teoría proviene de los datos provistos por las mujeres que se realizaron una IVET, es muy probable que estos datos generen conocimientos, se aumente la comprensión sobre la problemática de la

IVET y proporcione una guía significativa para la acción en diferentes áreas relacionadas con el tema, como la salud pública, la formación de recurso humano en salud, las autoridades de salud y las mujeres, entre otros (18).

La teoría que emerge de los datos no se produce por métodos estadísticos o por ecuaciones matemáticas; estos datos no son cuantificables y el análisis es fundamentalmente interpretativo. Este proceso de interpretación se lleva a cabo con el propósito de descubrir conceptos y relaciones entre los datos brutos que posteriormente se organizan en un esquema explicativo teórico o matriz paradigmática (18).

Los datos sobre los significados de las mujeres sobre la IVET provienen fundamentalmente de entrevistas semiestructuradas con las mujeres que vivieron dicha experiencia, de mi diario de campo donde anotaba lo que ocurría durante el proceso de atención a las mujeres y de grupos focales con expertas-os y con mujeres participantes de la investigación. El trabajo de campo fue muy útil para observar lo que las mujeres y las personas a su alrededor, pensaban y hacían (18).

La TF recolecta datos y los procesa, interpretándolos y organizándolos. Posteriormente, los datos son conceptualizados y reducidos, con el propósito de elaborar categorías en términos de sus propiedades y dimensiones, para relacionarlos al final. Todo este proceso es lo que se conoce como codificación. Igualmente, la TF utiliza otros procedimientos, como el muestreo no estadístico o a conveniencia, y el muestreo teórico para ahondar en aspectos faltantes en la investigación. También el diario de campo para consignar hechos interpretados a través de los lentes de quien investiga. Finalmente, emplea en el proceso analítico, la elaboración de memos para consignar ideas que surgen durante el análisis y la contrastación de los datos con las teorías existentes.

En última instancia, la TF utiliza la inducción y la deducción, pues la teoría emerge de los datos (inducción) y debe ser a su vez contrastada con nuevos datos (deducción). Por último, la abducción permite generar hipótesis nuevas, que surgen de la confrontación interior entre la racionalidad y la teoría que se tiene a mano, ante un hecho de no satisfacción con las explicaciones existentes, así como momentos de divagación sin objetivo concreto, que muchas veces luego de una mala noche te llevan a comprender los datos de otra manera y a generar hipótesis explicativas más satisfactorias (85).

El proceso de inducción fue central en el proceso investigativo, acompañado de la deducción y la abducción, que se presentaron luego de un proceso inductivo de los datos, que permitió generar una teoría

sustantiva alrededor de los significados de las mujeres sobre la IVET, teoría que fue contrastada con nuevos datos y todo moldeado por el proceso creativo de la abducción.

Sobre teoría sustantiva, Strauss y Corbin dicen:

No sugerimos que una teoría sustantiva (la que se desarrolla a partir del estudio de un área pequeña de investigación y de una población específica) tenga el poder explicativo de una teoría más amplia, más general. No puede tenerla, porque no construye sobre la variación ni incluye las proposiciones de una teoría más general. No obstante, el verdadero mérito de una teoría sustantiva reposa en su capacidad de hablar específicamente de las poblaciones de las cuales se derivó y a las cuales se debe aplicar. Es natural que mientras más sistemático y amplio sea el muestreo teórico, más condiciones y variaciones se descubrirán y se incluirán en la teoría y, por tanto, mayor será su poder explicativo (y precisión) (18).

Sobre la inducción y la deducción podemos resumir que son utilizadas para llegar al conocimiento en forma científica. Hay dos métodos utilizados a través de la historia: el método inductivo-deductivo y el método deductivo (deductivo a priori y deductivo hipotético).

Método inductivo-deductivo: A partir de observaciones individuales, se plantean generalizaciones; existe una realidad externa y el ser humano puede percibirla por sus sentidos y entenderla por su inteligencia; así, desde Aristóteles y principalmente con Francis Bacon (1561-1626), hijo de Ann Cooke Bacon, considerada una de las mujeres más ilustradas de su época, también Galileo, Newton, Locke, Herschel y Mill, defendieron este método.

Por otra parte, se ha utilizado el método deductivo que se subdivide en dos: deductivo a priori y deductivo hipotético. Deductivo *a priori* es aquel en el cual el conocimiento se adquiere partiendo de principios generales, de los cuales se hacen deducciones particulares. Estos principios invariables y eternos vienen de un dios o tienen existencia ideal. Así, Pitágoras, Platón, Arquímedes, Descartes, Leibniz, Berkeley, Kant y Eddington. El deductivo hipotético es aquel en el que la teoría o hipótesis antecede y determina a las observaciones. La ciencia se inicia con conceptos no derivados de la experiencia del mundo de fuera, sino con hipótesis de investigación intuitivas que se ponen a prueba mediante observación o experimentación. Así, Hume, Whewell, Kant, Popper, Medawar. También están quienes aseguran que *no hay método* para llegar al conocimiento: Feyerabend, Ayala, Dobshansky y Mayr.

En cuanto al método de la abducción, Peirce propone entenderla como:



...un proceso dinámico en la elaboración de explicaciones científicas. La abducción pasará de ser una inversión de un silogismo deductivo a ser la expresión de la actividad creativa del científico frente a una situación inesperada o sorpresiva. Comprendida de esta manera, la inferencia abductiva tendría un rol fundamental en la obtención del nuevo conocimiento, en cuanto será de su responsabilidad proponer una hipótesis que explique una situación anómala y, con ello, abrir el paso a la comprobación inductiva de los enunciados obtenidos deductivamente de la hipótesis sugerida. De este modo, la abducción será la inferencia primera que orientará nuestra búsqueda de la verdad (177).

## **4. El abordaje epistemológico y la metodología de la investigación.**

En este capítulo se hace el planteamiento epistemológico de la metodología y el abordaje metodológico.

La epistemología feminista y la metodología seleccionada, basada en la TF, en estrecha relación con el interaccionismo simbólico, la construcción social de la realidad y la construcción de significados, permiten de forma suficiente enfrentar la pregunta de investigación por los significados de las mujeres sobre la IVET, especialmente porque se parte de comprender que los significados se forman en la interacción con los demás con quienes compartimos.

Se presenta el porqué de la selección del método de investigación, la TF como el método que se ajusta a la pregunta de investigación. También los planteamientos técnicos de la metodología, relacionados con la conformación del equipo de apoyo a la investigación, el diseño y la construcción de las herramientas para la recolección de datos, la selección de las participantes, así como el proceso implementado para acompañarlas durante y después de las entrevistas.

Se describe el método, revisando todo el proceso de tratamiento y análisis de los datos obtenidos, la emergencia de una teoría sustantiva que explica los hallazgos de la investigación, el proceso de reflexividad del investigador y de las mujeres, desde la perspectiva de Pierre Bourdieu. Finalmente se presenta la cuestión de la calidad de los datos y del proceso de análisis, las limitaciones de la investigación y los aspectos éticos implicados en todo el proceso.

### **4.1. El abordaje epistemológico**

Esta investigación se asume desde la epistemología crítica y la epistemología feminista; también hace rupturas con las maneras tradicionales del quehacer científico, en referencia a que no es posible hacer una teoría sobre esta materia, que ignore las experiencias y el contexto desde el cual las mujeres, como partícipes de la investigación, y el investigador, estamos ubicados. Por ejemplo, el conocimiento que se construye sobre el asunto de la IVET, no parte de abstracciones universales y asépticas, sino que está atravesado por las experiencias sentimientos y pensamientos del investigador. Yo con mi cuerpo, mi devenir histórico particular, mis intereses, mis emociones, inevitablemente estoy influyendo en mi pensamiento racional, en mi

forma de ver, en este caso, la IVET y la reflexión que hago sobre los significados que esta experiencia tiene para las mujeres que la afrontan (178,179).

Esta apuesta epistemológica, implica renunciar a la tradición científica, aparentemente neutra e imparcial, para no olvidar que el conocimiento está hecho por personas particulares, con una experiencia y una cierta visión del mundo. En la mayoría de los casos, el conocimiento ha partido de la visión hegemónica del hombre blanco, occidental, heterosexual y de clase alta.

Parto de una epistemología crítica y le estoy poniendo un cuerpo y un sentido a la ciencia, contando con los significados, conocimiento y experiencias de las mujeres sobre sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, abriendo otras posibilidades de hacer y validar el conocimiento científico (178,179). De manera más clara. Estoy situando los conocimientos en lugares concretos: en los cuerpos de las mujeres que se practicaron una IVET, en sus contextos, que es donde se toma la decisión de terminar con la gestación. Todo conocimiento es situado; estoy produciendo conocimiento que proviene de las mujeres que se realizaron una IVET. Simultáneamente, como sujeto investigador tengo un devenir histórico que me coloca en una situación particular como hombre no heteronormativo, profesor de una universidad pública de un país tercermundista a principios del siglo XXI; provengo de una familia humilde del estrato dos que luchó siempre por lograr mejores condiciones de vida; en estos momentos me ubico en la clase media; tengo un pensamiento político crítico y por lo tanto, los métodos que empleo para justificar y validar el conocimiento surgido de las mujeres, están atravesados por dicha situación y contexto (178,179).

También está la conexión entre conocimiento y poder. Por ejemplo, el aborto y la IVE se han investigado principalmente desde la visión "aséptica" de ese hombre blanco, heterosexual, europeo, de clase alta, esta investigación, por el contrario, reconoce el poder de las mujeres, sus devenires, sus contextos. Igualmente me asiste un compromiso ético y político para entender, hacer conocer y denunciar lo que les ocurre a las mujeres con un embarazo no deseado o con feto malformado, frente a la decisión de la IVET, y todo lo que viven durante el proceso.

Teniendo presente la insatisfacción con mi trayectoria como investigador cuantitativo, mi inquietud por la frecuente falta de respuestas que me satisficieran como sujeto y que se aplicaran al entorno de una sociedad particular como la colombiana, aunado a mi trabajo en la resolución de casos de IVET, y a la necesidad de realizar una investigación para mi

doctorado en salud pública, todo ello me llevó a tomar la decisión de indagar sobre los significados que dan las mujeres sobre la IVET, un tema surgido de la vida cotidiana que satisfacía mis necesidades como defensor del derecho a decidir sobre el propio cuerpo, y como promotor de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Desde la misma formulación de la pregunta de investigación, se presenta la necesidad de asumir un enfoque teórico y metodológico, histórico hermenéutico (180), desde una perspectiva epistemológica feminista.

#### **4.1.1. La epistemología feminista**

Es intención de esta investigación, provocar una transformación en la forma de ver y tratar a las mujeres. Por lo tanto, se recurre a la epistemología feminista, que me permite hacerme consciente y hacer consciente a quienes me lean, de todos estos aspectos que la ciencia tradicional ha mantenido ocultos bajo el manto de la neutralidad y la asepsia de quien investiga (178,179).

Es importante mencionar que estoy ubicado desde una perspectiva del construccionismo social, pues me permite comprender que la maternidad y la decisión de la IVET, no son invariables, ni se pueden ver como la consecuencia directa de la concepción, sino que son el producto de acontecimientos históricos, fuerzas sociales e ideologías particulares, en un momento determinado de la historia (181).

En esta investigación se cumple con los tres requisitos que Sandra Harding propone para una epistemología feminista: en primer lugar, que la pregunta de investigación provenga del mundo de las mujeres, o en otras palabras, que se valide a las mujeres como objetos y sujetos de conocimiento. En segundo lugar, estar a favor de las mujeres, que en mi caso, como hombre, podría levantar sospechas, aunque en mi actuar, efectivamente estoy comprometido con ellas y sus causas. En tercer lugar, situarme como investigador en el mismo plano crítico que el objeto de estudio: las mujeres y sus significados de la IVET (182).

Con lo anterior no estoy afirmando que exista una investigación feminista, sino que existimos individuos, mujeres y hombres, que investigamos sobre temas de las mujeres, sobre temas feministas, y que asumimos los postulados de las epistemologías feministas.

#### **4.1.2. Estrategias del enfoque histórico-hermenéutico**

Dado que los significados son el producto de la interacción social y la pregunta de investigación indaga sobre los significados de la IVET, se acudió al Interaccionismo Simbólico y a la Teoría Fundada. La TF permite, en este caso, la emergencia de teoría a partir de la interacción entre la subjetividad de las mujeres que se realizaron la IVET, la del investigador, así como la intersubjetividad de los dos, por lo que dicha emergencia no fue una idea *a priori* del investigador, ni de las mujeres en particular. Fue la interacción entre ambos lo que permitió la emergencia de dichos significados.

La perspectiva o enfoque histórico hermenéutico abarca un número importante de estrategias, como el estudio de caso, la etno-metodología, la historia oral, los grupos de discusión, entre otras. En este caso se utiliza la entrevista y los grupos de discusión (o grupos focales), como se explicará más adelante.

#### **4.1.3. La observancia epistemológica**

Se mantuvo en esta investigación un proceso riguroso de observancia epistemológica, en diálogo e intercambio permanente de críticas, incluidas las referentes a posiciones éticas, entre el investigador, el grupo focal de expertas y el Comité asesor de tesis.

La observancia epistemológica consiste en una reflexión permanente por parte del investigador, y es de crucial importancia. Se realiza, no sólo sobre la particular naturaleza del objeto sociológico como sujeto que propone la interpretación verbal de sus propias conductas, sino también sobre las condiciones histórico-sociales en las que se da la investigación, así como sobre el papel del método como herramienta de investigación, no como componente majestuoso con visos de cientificidad (16). Esto, dado que el empirismo se constituye en un peligro epistemológico mayor, si descuida alguno de estos componentes.

La reflexión del investigador desde su formación y experiencia, en diálogo con expertas-os en la temática y en la metodología, determinó la oportunidad de tomar posición en el campo epistemológico y hacer observancia sobre todo el proceso de investigación, dada su posición dentro del ámbito académico, su pertenencia a dependencias institucionales, su interés en el tema, y su participación en grupos de presión intelectual y social.

Igualmente, en dicha observancia epistemológica se reflexionó sobre el investigador como sujeto, producto de una cultura androcéntrica, de un *ethos* de clase, y de un etnocentrismo intelectual o profesional, cuestiones que no siempre se hacen conscientes. Se trata de una persona en proceso continuo de construcción como hombre no heteronormativo, en medio del patriarcado reinante. Su postura crítica y contra la corriente del *statu quo* le ha permitido evitar interpretaciones, y generalizaciones o universalizaciones estereotipadas (16).

Como investigador fui consciente de la necesidad imperiosa de realizar una observancia epistemológica sobre todos los aspectos ya mencionados, que pudieran haber interferido de manera indebida en los resultados de la investigación. El reflexionar y hacer conscientes, en cada momento, los sesgos ideológicos, permitió alcanzar resultados más ajustados a la realidad.

El tema es íntimo, complejo y profundo, principalmente para las mujeres que vivieron la IVET y en particular para el investigador que ha estado implicado directamente en cada uno de los procesos médicos de IVET. De esta manera la observancia epistemológica fue una delicada tarea que tuvo en cuenta los aspectos subjetivos, enmarcados en la temporalidad de un *yo histórico* (tanto de las mujeres como del investigador).

## **4.2. Aspectos metodológicos**

A continuación, se presenta la conformación del equipo de apoyo a la investigación y del Comité de Tesis Doctoral. Se exponen las herramientas de investigación, la explicación de cómo se hará el procesamiento y análisis de los datos, y se habla de las limitaciones, calidad y aspectos éticos de la investigación. Para finalizar, se hace el ejercicio de reflexibilidad del autor.

### **4.2.1. El equipo de apoyo y el comité de tesis doctoral**

El equipo de apoyo para la investigación fue formado por dos profesionales:

-Mariela Vélez Álvarez como transcritora de las grabaciones de las entrevistas.

-Amanda Trujillo Flórez como psicóloga de apoyo en los casos de crisis por parte de las mujeres y para el seguimiento psicológico de las mismas.

El comité de tesis doctoral estuvo constituido por:

-Carlos Enrique Yepes Delgado, director de dicho comité. Médico, especialista en administración de servicios de salud, magister en salud pública, doctor en epidemiología, experto en teoría fundada y asesor del proceso de recolección de información, codificación y análisis de la información.

-Carlos Iván Pacheco Sánchez, miembro del comité. Médico, especialista en epidemiología, magister en estudios de población y en sociología, doctor en sociología, revisor y corrector de los escritos preliminares de la tesis.

-Sara Yaneth Fernández Moreno, miembro del comité. Trabajadora social, Magister en estudios de población y Doctora en ciencias en salud colectiva, experta en feminismos y en género, e igualmente revisora y correctora de los escritos de la tesis.

#### **4.2.2. Diseño y construcción de herramientas de investigación**

A continuación, se explicarán las siguientes herramientas de investigación: la entrevista a mujeres; las entrevistas con expertos-as; los grupos focales con mujeres; los grupos focales con expertas-os en la temática y el diario de campo.

##### **4.2.2.1. La entrevista**

###### **❖ Los guiones de entrevista a mujeres**

La entrevista semiestructurada es la puerta de entrada para interactuar con las mujeres participantes. Para dicha entrevista se diseñó un guion de entrevista (anexo 2), discutido con varios grupos interesados en TF, con el grupo de estudiantes del doctorado en salud pública, y adicionalmente el guion fue sometido a prueba con algunas mujeres que aceptaron hacerlo, previo al inicio de la investigación. Lo anterior permitió perfeccionar el guion antes de iniciar con su aplicación a mujeres que se habían realizado una IVET.

Las preguntas del guion fueron diseñadas teniendo de presente que existen tres momentos durante el proceso de la IVET, el antes del procedimiento, el procedimiento como tal y el después del mismo. Las preguntas iniciales fueron concretas, con el ánimo de caracterizar socio-demográficamente el grupo de mujeres participantes y las restantes fueron preguntas abiertas, de tal manera que les permitió a las mujeres expresar sus vivencias abiertamente, sin direccionamiento de mi parte.

La prueba del guion de entrevista con la primera mujer que se había sometido a una IVET, permitió hacer algunos ajustes al formulario. Adicionalmente, dicha entrevista fue acompañada por el director de tesis, persona con amplia experiencia en TF, quien verificó mis cualidades como entrevistador. Estos dos aspectos permitieron lograr no solo el perfeccionamiento de los aspectos logísticos y humanos, sino también el mayor respeto posible por las mujeres participantes en la investigación. Luego de realizadas las primeras 11 entrevistas, fue necesario ajustar el guion de entrevista con el propósito de ahondar en algunos aspectos que surgieron durante el proceso de codificación (anexo 3).

#### ❖ **La selección de las participantes**

La selección de las mujeres que participaron en esta investigación se hizo de un grupo amplio de mujeres que habían accedido a la IVET en dos instituciones, una ubicada en la ciudad de Medellín (Antioquia) y la otra en Tuluá (Valle del Cauca), en estas instituciones se han atendido mujeres de casi todos los departamentos del país. El grupo amplio de mujeres fue informado, durante el proceso de atención de la IVET, que serían contactadas nuevamente para verificar su evolución desde el punto de vista médico y psicológico, así como para invitarlas a participar en la investigación. Por consiguiente, todas las mujeres estaban al tanto de la investigación y todas aceptaron que se les llamara en algún momento posterior al proceso de atención de la IVET y así tener la oportunidad de decidir si participaban o no en la investigación. Las mujeres fueron contactadas telefónicamente por mí como investigador principal y médico tratante durante el proceso de la IVET, y concerté con ellas todos los detalles concernientes a su participación, así como lo relacionado con la logística para poder realizar las entrevistas. La información de los contactos y las posibles participantes se tomó de las bases de datos de ambas instituciones en las dos ciudades ya mencionadas.

La selección de las mujeres se hizo inicialmente por conveniencia y luego por muestreo teórico del listado de mujeres que vivieron la experiencia de la IVET en los últimos tres años, fecha desde la que se tiene información para este tipo de procedimientos. Inicialmente se pensó en solo incluir a mujeres cuyo procedimiento de IVET hubiera sido como máximo un año antes, pero por sugerencia del comité de ética en investigación y luego de un análisis juicioso del evento de la IVET en la vida de una mujer, se decidió que tres años era un tiempo no muy lejano para recordar y hablar de esta experiencia, por lo tanto se decidió incluir a las mujeres de toda la base de datos, sin importar el tiempo transcurrido entre la IVET y la solicitud de participar en la investigación.



Se incluyeron mujeres de todos los departamentos registrados en la base de datos sin distinción de etnia, clase social, orientación sexual, creencia religiosa, militancia política, estrato socioeconómico de la vivienda o área de residencia. Las mujeres fueron mayores de edad y sin discapacidad mental. La discapacidad mental fue evaluada y certificada por psicología durante el proceso de atención de la IVET y se excluyeron de la investigación dado que estas mujeres requieren un abordaje particular y porque la información se recolectó por medio de una entrevista, donde se requería capacidad cognitiva y comunicativa íntegras, para poder expresar la historia vivida y estas mujeres con discapacidad mental seguramente tendrían dificultades para aportar su vivencia de la manera que se requería en la investigación. La no inclusión de las mujeres menores de edad fue debido a que las situaciones que las llevan a ellas o a sus familias a recurrir a la IVET, tienen que ver usualmente con abuso sexual intrafamiliar y adicionalmente porque se requiere una dinámica más compleja para lograr el consentimiento de sus adultos responsables, que esta investigación no estaba en capacidad de asumir. El número de mujeres que se seleccionó dependió del logro de la saturación de las categorías que emergieron y fueron en total 18 mujeres y 19 entrevistas. La saturación teórica denota que en el análisis de los datos no emergieron propiedades y dimensiones nuevas y que las existentes dan cuenta de gran parte de la variabilidad (18).

Estaba planteado no incluir para el análisis de la información a las mujeres que una vez seleccionadas para la investigación decidieran no participar en ella o que habiendo participado en la entrevista decidieran no permitir el uso de la información recolectada, aun cuando sí se incluirían en la tabla 1, pero esta situación no se presentó.

#### ❖ **La logística y el acompañamiento para las entrevistas a las mujeres**

Las entrevistas con las mujeres fueron llevadas a cabo en sus ciudades de origen, la selección del lugar específico para realizar las entrevistas fue central en el proceso, se procuró seleccionar sitios apacibles, privados, de fácil acceso, como oficinas, consultorios médicos o lugares abiertos como parques o bibliotecas. Se consultó con las mujeres qué sitio preferían y el equipo de investigación hizo los arreglos necesarios para disponer del lugar adecuado; como investigador principal me desplazé a cada uno de estos lugares, y realicé yo mismo las entrevistas.

A las mujeres se les explicó detalladamente los objetivos, la metodología y los posibles alcances de la investigación, así como la técnica de la entrevista y la existencia de una guía para la misma (anexos 2 y 3), se les habló de la posibilidad de que pudieran presentar una crisis emocional, para lo cual se haría contención y apoyo para poder continuar el relato si

así lo deseara la mujer, y se planteó la libertad de retirarse de la entrevista cuando bien lo estimaran conveniente. Sin embargo, esta situación nunca se presentó y sólo una mujer requirió medidas de contención, que fueron brindadas por el investigador principal, sin necesidad de recurrir a la ayuda psicológica. Igualmente, se les solicitó aprobación para grabar las entrevistas. La autorización quedó consignada tanto en el consentimiento informado (anexo 1) como en el audio al inicio de la entrevista. Cada mujer recibió una llamada por parte de la psicóloga para verificar su evolución luego de la entrevista, esta llamada fue una semana después de realizada la misma.

En el caso que alguna mujer hubiera decidido no participar, de igual manera estaba contemplado ofrecerle ayuda psicológica si ella lo requería y se habría dado las gracias por atender al llamado del equipo de investigación, además de dejarle la puerta abierta por si en algún momento ella hubiera cambiado de opinión. También estaba contemplado brindarle un número telefónico de contacto para que ella lo utilizara si lo deseaba, bien fuera para participar en la investigación o para pedir asesoría psicológica en caso necesario. Sin embargo, todas las mujeres que fueron llamadas participaron en la investigación.

#### ❖ **Las entrevistas con expertos**

Durante el proceso investigativo se realizaron seis (6) entrevistas a expertos nacionales e internacionales. Dos se realizaron en Cuba, tres en México y una en Colombia. Las entrevistas versaron sobre aspectos relacionados con la situación de la IVE y la IVET en estos países y sobre aspectos relacionados con el proceso de investigación que le permitieron al investigador tomar posición en el campo de estudio e interpretar los hallazgos de una forma particular que contribuyó con la generación de una teoría sustantiva coherente con los datos y con la posición del investigador. Los participantes en las entrevistas fueron:

De México, Roberto Castro Pérez, Doctor en Sociología Médica por la Universidad de Toronto, Maestro en Estudios de Población por Exeter, Inglaterra, Sociólogo por la UNAM; Joaquina Erviti Erice, Doctora en Sociología por la Universidad de Barcelona y Maestra en Medicina Social por la UAM-Xochimilco, ambos expertos en temas de género y derechos sexuales y reproductivos, autores del libro denominado Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos, donde se trata el tema del aborto en México. Juan Guillermo Figueroa Perea, Doctor en Sociología y Demografía por la Universidad de París-X Nanterre; investigador en temas de comportamientos reproductivos de los varones, derechos reproductivos, políticas públicas, salud y comportamientos reproductivos, ética e

investigación en ciencias sociales y discurso religioso y derechos en la sexualidad y la reproducción.

De Cuba, Zoe Díaz Bernal, antropóloga médica y Doctora en Ciencias de la Salud; experta en derechos reproductivos, planificación familiar, roles de género, antropología médica y salud pública. Francisco Rojas Ochoa, Doctor en Ciencias Médicas, Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud; formador del sistema de salud cubano y experto en salud pública.

De Colombia, Jorge Antonio Mejía Escobar, Doctor en Filosofía Pontificia Università Gregoriana, Magister en filosofía de la Pontificia Università Gregoriana. Experto en filosofía, lingüística y ciencias sociales.

#### **4.2.2.2. Los grupos focales**

Durante la investigación se realizaron dos grupos focales, uno con mujeres que ya habían participado en las entrevistas y otro con un grupo de mujeres expertas en derechos sexuales y en derechos reproductivos, reconocidas luchadoras feministas.

El grupo focal con las mujeres participantes sirvió para observar de qué manera ellas se sentían o no representadas en los resultados obtenidos y con las interpretaciones y abstracciones realizadas por el investigador desde el momento de la entrevista, hasta el momento de realizar el grupo focal (183).

El grupo focal con mujeres se realizó en diciembre del 2018 en la ciudad de Medellín y se invitaron seis (6) mujeres de diferentes partes del país. Al encuentro asistieron cinco (5) mujeres, y se discutió con ellas la matriz paradigmática que había emergido de los datos. En este grupo focal todas las mujeres avalaron la matriz paradigmática y dieron ejemplos de cómo lo emergido se ajustaba a sus historias vividas con la IVET. El encuentro también se aprovechó para ahondar en algunos aspectos en los cuales faltaba información, ayudando a la pretendida saturación de categorías y sirvió además como terapia grupal, pues todas al final reconocieron que se habían sentido aliviadas de haber podido compartir dicha experiencia, que no habían compartido con nadie, con otras mujeres y con parte del equipo de apoyo a la investigación y saber que no habían sido las únicas en vivir esta experiencia.

El grupo focal con expertas se realizó en diciembre de 2018 en la ciudad de Cali, asistieron 12 mujeres, algunas vinculadas con las Secretarías de Salud municipal y departamental, otras que estaban vinculadas a organizaciones no gubernamentales. En este grupo también se discutió la

matriz paradigmática emergida de los datos, permitiendo una confrontación de los hallazgos de la investigación con las experiencias de las participantes y de esta forma poder ampliar la mirada sobre lo que había emergido. Se hicieron adiciones y recomendaciones, que fueron tenidas en cuenta para realizar la discusión sobre los hallazgos de la investigación.

Estos grupos focales fueron muy útiles para constatar que lo hecho hasta el momento era adecuado y tenía sentido para las y los participantes en dichos grupos.

Tanto los hallazgos de los grupos focales, como de las entrevistas con expertos, apoyaron el proceso de triangulación de información y en buena medida ratificaron los resultados de la investigación.

#### **4.2.2.3. El Diario de campo**

Como complemento a los datos obtenidos de las entrevistas y de los grupos focales, llevé un diario de campo, donde consigné todo lo que observaba y que no era objeto de las entrevistas. Allí escribí mis impresiones personales, incluidos mis estados de ánimo frente a diversas situaciones relacionadas con mi trabajo. Los resultados de las conversaciones informales con médicas-os, enfermeras-os, psicólogas-os, entre otros. Las observaciones de comportamientos contradictorios de las personas que trabajaban en el servicio de IVET. Los altercados con médicas-os y enfermeras-os, sus actitudes hacia mí, sus miradas, sus silencios. Los comentarios de las mujeres, a veces elogiosos, a veces recriminatorios hacia médicas-os y enfermeras-os, entre otros aspectos. Es importante aclarar que lo consignado en este diario no es la realidad en sí misma, sino la interpretación que hice de ella.

El diario de campo me permitió contrastar las situaciones registradas allí con los datos que iban emergiendo de las entrevistas y de los grupos focales y reforzar dichos hallazgos. Adicionalmente se convirtió en un depósito de hechos que de otra manera no hubiera podido recordar con claridad.

#### **4.2.3. El proceso de tratamiento y análisis de los datos**

En el siguiente apartado expondremos las cuestiones relativas a la custodia de la información y el análisis de la información.

#### **4.2.3.1. Custodia de la información**

Como investigador principal soy el responsable del proceso de custodia y el manejo de la información original, esta responsabilidad incluye: velar por la información contenida en las entrevistas, las bases de datos y el diario de campo. Los datos fueron almacenados y manipulados única y exclusivamente en el computador de mi propiedad. Adicionalmente, definí una clave de acceso al computador que únicamente yo conozco.

Adicionalmente, toda la información recolectada fue guardada en el Google Drive de la Universidad de Antioquia, que cuenta con los siguientes protocolos de seguridad: las comunicaciones del correo electrónico de Gmail están protegidas por el protocolo de seguridad SSL, la información alojada en Google Drive permanece cifrada con algoritmos propietarios que no son publicados por Google INC., las cuentas de *Google Apps for Education* ofrecen mayores niveles de seguridad que las cuentas normales de Gmail nombrecuenta@gmail.com, y el módulo de correo electrónico posee una característica adicional que es *Google Vault*, el cual permite recuperar información eliminada desde una cuenta de correo, esta característica en fase de pruebas para el módulo de Google Drive.

#### **4.2.3.2. Análisis de la Información**

##### **❖ Proceso de análisis**

En lo referente al análisis de la información, las grabaciones de las entrevistas fueron transcritas por la auxiliar de investigación y revisadas minuciosamente por mi como investigador principal, para garantizar la fidelidad de la transcripción, acto seguido se hizo el proceso de codificación abierta, que consistió en revisar y separar todas las unidades de sentido presentes línea por línea en las entrevistas y asignarles un código abierto que representara lo más fielmente posible su contenido. A continuación, se agruparon los códigos abiertos conformando categorías descriptivas y dentro de estas categorías se identificaron las propiedades o características generales y sus dimensiones o matices que caracterizaban dicha propiedad.

Es importante tener presente que una vez emergieron del análisis de los datos las categorías iniciales, se verificaron regresando nuevamente al campo para preguntar a las mujeres por dichas categorías, las cuales fueron ratificadas y profundizadas por ellas.

Mientras que avanzaba la investigación, se continuó revisando las categorías a medida que se recopilaban nuevos datos, a fin de asegurar

que los datos no se vieran forzados en las categorías, sino por el contrario que las categorías representaran los datos. Esta relación dinámica entre la recopilación de datos y el análisis permitió verificar si los hallazgos preliminares se mantenían al recoger nuevos datos.

Una vez identificadas las propiedades y dimensiones de las categorías descriptivas, se procedió con la codificación axial que consistió en entretrejer dichas propiedades y dimensiones alrededor de un fenómeno central o axial identificado en cada categoría descriptiva (18). Al observar este tejido de las propiedades y dimensiones alrededor del fenómeno central, nos permitió verificar los vacíos de información que fueron abordados posteriormente en la reelaboración del guion de entrevista original (anexo 3) y en el respectivo muestreo teórico, así como en el grupo focal con las mujeres de la investigación.

El proceso continuó con la codificación selectiva que consistió en el ejercicio de comparación constante entre categorías, los memos y la sensibilidad teórica del investigador, lo que permitió seleccionar las categorías más importantes, identificar el contexto en que estas se presentaban, sus causas, sus consecuencias, así como las relaciones de acción interacción que se presentaban a raíz de dicho fenómeno. La identificación de estos ejes temáticos se denomina matriz paradigmática, que nos permitió ir delimitando una posible teoría e ir clarificando las historias que las mujeres nos contaron, alrededor del fenómeno central identificado. Este proceso de identificación que parte desde las categorías descriptivas y termina en la matriz paradigmática, permitió identificar y complementar las categorías pobremente desarrolladas, haciendo uso del guion de entrevista modificado y del muestro teórico, así como confrontar la teoría emergente con los datos, los memos, el diario de campo y los grupos focales y por consiguiente ir la refinando. Esta emergencia de la teoría fue un proceso que llevó su tiempo, como producto de la interacción del investigador con los datos, agregando una dosis de interpretación y selectividad (18).

El análisis comparativo constante y la recopilación de datos ofrecieron la oportunidad de generar resultados de investigación que representan de una manera fiel el fenómeno de la IVET (18). Por lo tanto, el seguimiento riguroso de la metodología garantizó que los resultados de la investigación realmente sí se correspondieran con los datos y con el fenómeno, interpretando las historias y los contextos social, económico y político de las mujeres participantes.

Para garantizar aun mayor calidad y confianza de lo que iba emergiendo en todo el proceso de codificación, como investigador principal, con el

equipo de apoyo y el comité asesor de tesis, participamos activamente en el proceso, revisando, discutiendo y consensuando las discrepancias. Esta estrategia garantizó tener varias miradas sobre el mismo asunto y lograr acuerdos que nos permitieron avanzar en el proceso.

Es importante anotar que el proceso de tratamiento y análisis de datos se realizó manualmente, sin emplear ningún software especializado. El único programa de cómputo empleado fue Excel.

#### ❖ **La construcción de una teoría sustantiva**

La investigación cualitativa indaga por la vida de los seres humanos, sus subjetividades e intersubjetividades, sus significados, su historia, sus vivencias y por lo tanto requiere métodos de investigación y evaluación acordes a su objeto de estudio, diferentes por supuesto a los empírico analíticos (18).

La TF, el método con el que se abordó esta investigación, tiene como característica la interdependencia de todas las etapas de la investigación, de tal forma que el método de selección de las mujeres, la recopilación y el análisis de los datos no fueron considerados como etapas separadas en el proceso de investigación, por el contrario, el proceso fue sistemático, iterativo e interactivo (184), lo que implicó un proceso en espiral donde la selección de las mujeres, las entrevistas, el análisis y la emergencia de teoría ocurrieron simultáneamente y fueron interactuando con los procesos de inducción, deducción y abducción.

La organización de los datos permitió la emergencia de las categorías, éstas se analizan a la luz de las teorías existentes; luego se verifican los resultados preliminares con nuevos datos y mediante la abducción se generan hipótesis nuevas.

Este ejercicio implicó momentos de confrontación interior entre mi racionalidad y la teoría tradicional, cuyas explicaciones no satisfacían, así como búsqueda y encuentro de nuevas teorías como las feministas que centraban mis divagaciones y que me llevaron a comprender los datos de otra manera y a generar hipótesis explicativas más satisfactorias de los significados de la IVET en mujeres residentes en Colombia.

La triangulación para esta investigación se entiende como la triangulación de datos, del equipo de investigación, la triangulación teórica y la triangulación metodológica como lo expreso Denzin en 1970 (185,186). La triangulación de datos provenientes de diferentes fuentes (entrevistas con participantes, con expertos, grupos focales con mujeres, diario de campo), con las categorías surgidas de las entrevistas, así como con la propia teoría, me sirvió para afirmar la teoría sustantiva emergente.

Todo lo descrito estuvo enmarcado dentro de un proceso comparativo constante, de ir y venir múltiples veces entre los datos, la teoría y las nuevas explicaciones producto de la abducción, generando cada vez explicaciones de mayor profundidad y más generales. Con todos estos procesos se aproximó una teoría sustantiva y un hilo de historia coherente, que refleja el sentir y el significado que estas mujeres le dan a la IVET. Tal método y las nuevas hipótesis o conclusiones, podrán ser útiles para otras investigaciones, aunque los fenómenos sociales son cambiantes y las verdades absolutas o permanentes no existen.

#### **4.2.4. Superación de riesgos, y limitaciones de la investigación**

Uno de los riesgos era caer en el inductivismo, dado el papel clave que cumplen las corazonadas, el sentido común y los estereotipos, en la emergencia de la teoría. Sin embargo, siempre se vigiló juiciosamente el proceso de emergencia de la teoría, confrontándola con los datos y verificándola con lo dicho en los grupos focales por las mujeres que habían pasado por la experiencia de la IVET, lo mismo que con la opinión de las y los expertos.

Otros riesgos serían, la mala aplicación del método o fallar en el desarrollo conceptual. Para controlar esto se contó con la asesoría de un profesor universitario con más de veinte años de experiencia, que tiene investigaciones realizadas con TF y publicaciones, quien fue crítico de todos y cada uno de los aspectos conceptuales y prácticos de la investigación. Adicionalmente, se mantuvo una rigurosa vigilancia epistémica del método y se mantuvieron las discusiones teóricas requeridas, para asegurar que todos los temas conceptuales estuvieran en relación con la definición de categorías, sus propiedades y dimensiones.

Otro riesgo se convirtió en fortaleza. Era posible que, como investigador de un tema íntimo de las mujeres, siendo hombre, pudiera generar desconfianza y limitar a las entrevistadas para participar y para hablar sobre la experiencia de la IVET. Sin embargo, habiendo sido su médico anteriormente, durante la atención inicial de la IVET, la confianza creada durante tal proceso, fue lo que permitió que las mujeres aceptaran participar y contaran su experiencia. Igualmente, la calidad de las entrevistas, donde se volcaron todos los sentimientos, el dolor, la tristeza, el alivio y la alegría, dan cuenta de una relación sincera y cordial con el investigador. El hecho de que todas las mujeres contactadas hubieran participado, es igualmente otro indicador de la buena relación lograda, aun siendo un personaje masculino su entrevistador.



Un riesgo adicional no previsto por el investigador, el comité de ética e incluso la legislación vigente frente a este tipo de investigaciones, consistió en que parte del personal de maternidad de una institución de salud, fue trasladado de este servicio a otros, dado que no estaban de acuerdo con la IVET. Como atenuante, este traslado se debió a la implementación del programa de IVET en dicha institución y no a la investigación propiamente dicha, situación que se podrá presentar en cualquier institución que pretenda implementar un programa de IVE sin una selección previa del personal. Toda esta situación fue captada por el investigador en el diario de campo, mientras hacia la primera ronda de entrevistas de la investigación.

En cuanto a las limitaciones de la investigación, una vez realizada, se evidencia que deja muchos retos hacia el futuro. Por ejemplo, siempre podrán ser más las mujeres que cuenten su historia, y aunque en un estudio cualitativo no es el número el que cuenta, escuchar mujeres de diversas situaciones sociales y económicas, enriquecería la visión del asunto. Desde diferentes intersecciones, se podría conocer la situación específica en los casos de las mujeres indígenas y afrodescendientes, pues la cuestión étnica en este estudio, no fue tomada en cuenta.

También es una limitación el haber escuchado voces de mujeres que pertenecen sólo a ciertas regiones del país, cuando Colombia es tan extensa. Sin embargo, en este acercamiento, entre los escasos que hay al tema, se ha logrado iniciar la visibilización de un problema que es más grande, por lo cual se requieren otras indagaciones en el futuro.

Las acotaciones realizadas pueden entenderse también como limitaciones, en el sentido de la enorme cantidad de información recibida en las entrevistas, de la cual sólo se analizan ciertos temas, dejando mucho material todavía, posible de desentrañar y relacionar, haciéndose nuevas y distintas preguntas.

#### **4.2.5. La calidad de la información**

Según Strauss y Corbin el "propósito es construir una teoría válida y fundamentada, que hable de los asuntos y preocupaciones de aquellos a quienes estudiamos" (18), en este caso una TF que hable de los asuntos y preocupaciones de las mujeres que se sometieron a una IVET. En este sentido es importante mencionar que el 1 de diciembre del año 2018, los hallazgos de la investigación, condensados en la matriz paradigmática, fueron discutidos en un grupo focal con cinco mujeres de diferentes departamentos del país, quienes habían participado de las entrevistas. Estas mujeres no solo estuvieron de acuerdo con los hallazgos de la

investigación, sino que los reforzaron y ampliaron. Igualmente, los resultados se discutieron con un grupo de expertas en luchas feministas y derechos sexuales y derechos reproductivos del departamento del Valle del Cauca, donde fueron acogidos, discutidos y ajustados.

Otra forma de juzgar el rigor y la idoneidad de la investigación es triangulando los hallazgos de diferentes fuentes de información. En este caso se triangularon los hallazgos de las entrevistas, con lo consignado en el diario de campo, donde los hallazgos se reforzaron mutuamente en lo referente al maltrato por parte del personal de la salud a las mujeres usuarias del servicio de IVET. Igualmente se analizó el caso de una mujer, que contrario a las demás no experimento ningún sentimiento de culpa frente a la IVET, lo que reforzó el hallazgo de que la mayoría de las mujeres tienen un *habitus* patriarcal y experimentan mucha culpa de haber realizado la IVET (183).

También hacen parte de la evaluación de la calidad los criterios que evalúan lo adecuado del proceso investigativo. Como se puede observar en este capítulo metodológico, se siguieron con rigurosidad todos los pasos que recomienda la TF; se contó con el compromiso y la experiencia de quienes participaron, se veló por el cumplimiento riguroso de la metodología de investigación y de los criterios de calidad. Así, se realizó una observancia epistemológica continua de la discusión y verificación de los hallazgos. Los criterios para evaluar el proceso investigativo fueron: el cómo se seleccionaron las mujeres, las categorías que surgieron, las categorías que guiaron el muestreo teórico, y los aspectos relacionados con el surgimiento y la verificación de las categorías, así como el surgimiento de la categoría central. Los criterios para evaluar la fundamentación teórica indagaron por cómo fue la generación de conceptos y sus interrelaciones, la densidad conceptual de las categorías, la variación dentro de la teoría y su explicación, la importancia de los hallazgos teóricos, y su estabilidad en el tiempo (18,183).

La evaluación de la calidad más allá de que la investigación generó, elaboró y comprobó la teoría, también implica el hacer juicios sobre la propia teoría. Por ejemplo, ¿Qué tanto ayuda a explicar otras facetas de la realidad? Y efectivamente la teoría emergente no solo explicó los hallazgos sobre la IVET, sino que me permitió comprender el porqué de la violencia, la subordinación de la mujer y de otros grupos humanos, el apego a la reproducción y el desprecio por los derechos sexuales y por los derechos reproductivos, como por las decisiones autónomas y moralmente responsables de la mujer, así como entender por qué estamos destruyendo nuestro planeta (18).

Otra aproximación a la evaluación de la calidad de la TF, que no riñe con la anterior y que por el contrario amplía su espectro, es la propuesta por K. Charmaz que evalúa la credibilidad relacionada con la rigurosidad y la calidad del proceso investigativo, que en este caso creo no deja duda, dado lo ya expresado anteriormente (187–189).

La originalidad referida a nuevas perspectivas e interpretaciones de importancia en las prácticas sociales actuales, queda demostrada en la pregunta de investigación, dado que es un tema poco discutido en la literatura global y mucho menos en Colombia y en las interpretaciones dadas frente al sistema patriarcal-capitalista que habitamos y como este sistema determina el comportamiento de mujeres y hombres frente a la IVET, frente a los derechos sexuales y frente a los derechos reproductivos (187–189). Igualmente, esta interpretación es concordante con lo planteado por el IS, la construcción social de la realidad y de significados, lo que apoya la calidad de los hallazgos como su interpretación.

La resonancia de los hallazgos para otras/os se demostró en la congruencia entre la teoría y los datos, entre las mujeres que se practicaron de la IVET, así como los grupos focales con participantes en la investigación y de expertas en derechos sexuales y en derechos reproductivos mencionada en este capítulo, de tal forma que la interpretación analítica tuvo sentido para las mujeres investigadas, como para las expertas (187–189).

Es innegable la utilidad de los hallazgos y la teoría emergente para su aplicación en el mundo cotidiano, y las muy probables contribuciones para contribuir con una mejor sociedad. Por ejemplo: la aplicación para la transformación curricular de las facultades del área de salud; su aplicación en investigación, para continuar ahondando en nuestra realidad y poder comprender y actuar sobre lo que nos ocurre; la posibilidad de cuestionar la salud pública hegemónica y dar el salto a otra forma de mirar la salud; la posibilidad de fortalecer el trabajo de los grupos feministas en pro del derecho al aborto; entre muchas otras posibilidades (187–189).

#### **4.2.6. Los aspectos éticos de la investigación**

Se garantizó que, al momento de realizar las entrevistas, esta investigación contara con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Antioquia, donde consta que la investigación no propende por ningún daño y cuenta con los requisitos necesarios para poder ser llevada a cabo (Sesión 173 del 23 de noviembre de 2017). También, garanticé que las mujeres tuvieran los medios

necesarios para verificar esta información en el momento que lo requirieran.

Las mujeres que aceptaron participar en la investigación recibieron un consentimiento informado explícito (anexo1), que luego de haber sido leído y explicado por mí como investigador principal, les permitió tomar autónomamente la decisión de firmarlo y de participar, en ningún caso alguna mujer no quiso hacerlo. Se solicitó al Comité de Ética en Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia la autorización para que cada mujer de manera autónoma pudiera desistir de la firma del consentimiento informado por parte de dos testigos, tal y como lo exige la resolución 8430 de 1993. Esta solicitud estuvo motivada en el hecho de que la invitación a participar en la investigación, al igual que lo íntimo y reservado de la información que se solicitó a cada mujer, hacían improbable que ellas quisieran tener dos testigos. Luego de la aprobación por parte del comité de ética, se hizo explícito en el consentimiento informado (anexo 1) que, debido a lo íntimo y reservado de la invitación, como de la información que se proporcionaría, ellas podían voluntariamente, en ejercicio de su autonomía y en defensa de la privacidad y la intimidad, definir si querían o no tener los dos testigos para la firma de dicho consentimiento.

Se brindó toda la información necesaria a cada mujer sobre en qué consistía la investigación, el propósito, sus objetivos, sus fines, sus riesgos y sus beneficios, el papel de su participación, cuáles serían los posibles resultados esperados y su contribución para facilitar el camino a otras mujeres en situaciones similares a las que ellas vivieron, cuáles serían mis compromisos como investigador con respecto a confidencialidad, entendida tanto como la seguridad de que cada mujer no sería identificada con su nombre, así como que se tendrían todas las precauciones necesarias para impedir que alguien pudiera asociar la entrevista o los datos de investigación con la persona, al igual que el almacenamiento y cuidado riguroso de las entrevistas y los datos de investigación, para lo cual se siguieron todas las disposiciones de la ley de *habeas data* (190).

La información fue almacenada debidamente, como se mencionó de manera detallada en el apartado sobre el proceso de tratamiento y análisis de los datos, asumiendo el protocolo de seguridad brindado por Google INC.

Como investigador principal, fui y soy el responsable del proceso de custodia y manipulación de la información original, que incluyen: velar por la información contenida en las entrevistas, las bases de datos y el

diario de campo. Los datos fueron procesados única y exclusivamente en el computador de mi propiedad. Asigné una clave de acceso al computador que solo yo conozco.

A las mujeres les expliqué detalladamente los objetivos, la metodología y los posibles alcances de la investigación, así como la técnica de la entrevista y la existencia de una guía para la misma (anexo 2), les hablé de la posibilidad de que pudieran presentar una crisis emocional, para lo cual, si fuera necesario, haría contención y apoyo para poder continuar el relato si así lo deseaba la mujer, así como de la libertad de retirarse de la entrevista cuando bien lo estimara conveniente. Esta situación nunca se presentó, por lo tanto, no fue necesaria la intervención psicológica. Igualmente, les solicité aprobación para grabar las entrevistas. La autorización quedó consignada, tanto en el consentimiento informado (anexo 1), como en el audio al inicio de la entrevista. Cada mujer recibió una llamada por parte de la psicóloga luego de la entrevista para verificar su evolución; esta llamada se hizo una semana después de realizada la misma.

En el caso que una mujer hubiera decidido no participar, de igual manera se le hubiera ofrecido ayuda psicológica en caso que ella la requiriera y le hubiera dado las gracias por atender mi llamado y hubiera dejado la puerta abierta por si en algún momento la mujer hubiera cambiado de opinión, para lo cual habría brindado un número telefónico de contacto que ella pudiera usar libremente, bien sea para participar en la investigación o para pedir asesoría psicológica si ella lo considerara necesario.

Además, como investigador asumí el compromiso de hacer devolución de los hallazgos a las participantes, en forma individual, recogiendo sus opiniones.

#### **4.2.7. Socialización de resultados**

Los resultados preliminares fueron compartidos, como parte del proceso, en dos oportunidades; la primera fue con el grupo de expertas en derechos sexuales y derechos reproductivos del departamento del Valle de Cauca, como consta en la transcripción de la reunión y en el diario de campo. La segunda se realizó con el grupo de mujeres participantes de la investigación en la ciudad de Medellín y su verificación se encuentra en la transcripción de tal grupo focal, e igualmente, en el diario de campo.

Posteriormente, estos resultados preliminares fueron presentados en una reunión internacional del Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto

Inseguro – CLACAI, como parte de la conferencia temática “Acceso al aborto seguro. El derecho de todas las mujeres a la atención integral de su salud reproductiva”, que se celebró los días 18 y 19 de junio de 2019 en Santa Cruz, Bolivia, como consta en la certificación emitida por la secretaría de dicho evento.

Igualmente, se tiene planeado hacer presentaciones de los resultados finales de la investigación, a las autoridades de salud nacionales, a las departamentales (Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca) y a las municipales (Medellín, Cali, Bogotá), así como a la institucionalidad de género nacional y municipal (Secretarías de la Mujer).

Se harán socializaciones también con las directivas y personal del ámbito académico en diferentes universidades, como la Universidad de Antioquia, la Universidad del Valle y la Universidad Nacional sede Bogotá; a grupos de investigación, en congresos nacionales e internacionales de obstetricia y ginecología, a ONGs y colectivos feministas, entre otros grupos de la sociedad civil, relacionados con estos temas. Para dichas reuniones se ha preparado un esquema de programación, un formato de registro de invitación o base de datos de instituciones y personas interesadas, carta o mensaje de invitación, un formato de listado de asistencia, un esquema de consignación de la memoria del evento de socialización que incluye el espacio de consignación para los comentarios que surjan de dichas presentaciones.

La devolución de los hallazgos de investigación a las mujeres que participaron en ella, se hará de forma individual, luego de la aprobación de la tesis doctoral. Será una oportunidad privilegiada para compartir nuevamente con ellas, explicarles los resultados de la investigación y recibir sus percepciones al respecto. Esta actividad implicará mi desplazamiento a las ciudades de residencia de las mujeres, y la entrega a cada una de un informe. Igualmente, esta devolución quedará registrada en una base de datos donde constará la fecha de la visita, la actividad realizada y los comentarios más relevantes que se hagan.

#### **4.2.8. La investigación como ejercicio de reflexividad**

La reflexividad implica, según Pierre Bourdieu, que el sujeto avance a su condición ética, sin renunciar a sus implicaciones epistemológicas. En otras palabras, “la forja del «sujeto de verdad», la conquista de un *habitus* científico en el marco de las ciencias sociales exige la transformación de uno mismo a través del uso continuado de la reflexión” (16,31,98,191).

El trabajo ético sobre uno mismo y sobre los demás, es crucial para potenciar la autonomía del campo sociológico, y de cualquier otro campo, lo que implica que la reflexividad es un esfuerzo colectivo en el que ésta se convierte en un reflejo profesional. Dicho de otra manera, "no es la adquisición de un estatuto científico, imitando el canon epistemológico de las ciencias «duras», lo que lleva a liberar de prejuicios la mirada del sociólogo. A la inversa: es la emancipación lograda a través de la reflexión, entendida como objetivación colectiva de los propios objetivadores, lo que eleva el grado de autonomía del saber sociológico, acortando la distancia que lo separa de los campos científicos más exigentes" (16,31,98,191).

La reflexividad se trata de un empeño infinito y siempre recommenzado, realizado en compañía de los pares académicos y de los demás productores del campo, como una forma de corrección mutua cuya meta es la despersonalización del saber adquirido (16,31,98,191).

Lo anterior supone reconocer que la construcción científica es colectiva y que a través de la reflexión -individual/colectiva- debemos regularnos, cuestionarnos, sin pretensiones individuales egocéntricas. Debemos reconocer que estamos en un campo, o haciendo alusión a Luckmann y Berger, en un universo simbólico determinado (175). Este universo simbólico, este campo en este caso particular corresponde al campo de los feminismos, de las luchas por los derechos sexuales y por los derechos reproductivos y por el derecho al aborto libre, seguro y legal, las luchas por el reconocimiento de la mujer como sujeto capaz de tomar decisiones y de asumir sus consecuencias (49). Y es dentro de este campo de fuerzas que debo hacer mi-nuestro aporte reflexivo.

Tengo que iniciar por reconocer que este campo es muy complejo y tratar de identificar las fuerzas que interactúan en él. Podría decir que existen dos fuerzas centrales, las que luchan por el reconocimiento de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos y las fuerzas que se oponen a ellos. Dentro de las primeras fuerzas están la ONU y los feminismos de toda índole, que luchan y se enfrentan a la segunda fuerza constituida por los sectores más conservadoras de la sociedad y la iglesia católica (56,76,192). Pero yo, como investigador frente a los significados de las mujeres sobre la IVET, como estudiante de un doctorado en salud pública y profesor universitario de una universidad pública, ¿Dónde me ubico y qué posición epistemológica y ética asumo? ¿Qué reflexión colectiva puedo hacer sobre mi campo de estudio?

Es en este sentido de la reflexividad, que cobra importancia la propia biografía de quien investiga, como ser situado que al mismo tiempo que investiga se transforma o se resignifica; no queda intocado.

Para ello haré un recuento de mi historia; para comprender o hacer consciencia de mi ubicación como partícipe de la investigación, no sólo desde lo epistemológico, sino también desde lo ético; socializado en patrones que ahora contradigo: como hombre, como profesional. Todo inicia con mis estudios de básica y secundaria en un colegio privado y católico en mi ciudad, una ciudad profundamente conservadora y religiosa. Recuerdo con algo de vergüenza las discusiones con mis amigos de barrio, estudiantes de colegios públicos, sobre la pobreza y las oportunidades de ascenso en la escala social y mi posición al respecto, que consistía en afirmar que el que era pobre era porque quería ser pobre, no trabajaba con ahínco, no asumía los retos que le ponía la vida y por lo tanto no ascendía en la escala social, en última instancia el que era pobre era porque quería serlo. Por supuesto mis amigos me decían que el que nacía pobre tenía una alta posibilidad de seguir siendo pobre, que las oportunidades sólo eran un filtro para dejar por fuera a la gran mayoría y condenarlos a una vida de privaciones y trabajo impuesto, que en ningún momento se trataba de una elección.

Reconozco que esta manera de ver el mundo estaba fuertemente influenciada por las enseñanzas de mi colegio, que era muy deficiente desde el punto de vista académico, pero muy potente en transmitir la visión hegemónica de la competencia, la lucha, la conquista, de avalar como normal las clases sociales, la explotación y a los poderosos como explotadores y por supuesto la exclusión de las mujeres, pues estos temas eran de hombres, de machos (1,2), en un colegio dónde todos los alumnos éramos hombres y la gran mayoría de los docentes eran igualmente hombres, un colegio de hombres para hombres y donde el tema del aborto ni siquiera se mencionaba.

Inicié mi carrera de medicina en una universidad pública y en un corto periodo de tiempo mi visión de mundo cambió sustancialmente, me puse en contacto con una mixtura de personas, hombres y mujeres con devenires diferentes, con formas de ver el mundo de otra manera, me puse en contacto con la precariedad de compañeros que no tenían dinero ni para almorzar, con la lucha política y frecuentemente violenta por la equidad y la igualdad, me mezclé con la realidad de la mayoría de mi sociedad. Estas experiencias me confrontaron y rápidamente me llevaron a mirar el mundo de una manera diferente y entendí que mis amigos de barrio tenían la razón, que este era un sistema excluyente, explotador, violento, que avala la dominación, que estimula la competencia y no la



colaboración, que menosprecia a la mujer y que destruye el medio ambiente en pos de construir un mundo nuevo, imaginario y desprecia el mundo que tenemos (1,2), sin el cual no existiríamos y posiblemente, sino cambiamos y lo cuidamos, no existiremos.

Todos los componentes de esta realidad siempre estuvieron fragmentados, desarticulados y cada uno de ellos era un mundo aparte, sin conexión con los demás, ¿Que tenía que ver la destrucción del medio ambiente con la posición de la mujer en la sociedad o con las guerras nacionalistas o con la guerra de guerrillas en Colombia? No veía la conexión, es más, la lucha era por el poder, por desplazar de él a los actuales opresores y así asegurar que las cosas ahora sí cambiasen. Visto retrospectivamente esta apuesta fue fallida, era cambiar un poder por otro, igualmente opresor, pero en ese momento no había otro horizonte o, en otras palabras, nuestra comprensión del mundo era la adecuada para ese momento histórico y fueron necesarios los fracasos del comunismo a nivel global y los tropiezos de mi vida cotidiana para reflexionar y tratar de ver más allá de lo que nos ocurrió y nos ocurre actualmente.

Durante mi formación como ginecobstetra me llamó poderosamente la atención como aprendíamos a ser expertos técnicos, pero sin contaminarnos con la vida de los seres humanos que tratábamos, eran mujeres que se convertían en órganos y enfermedades, de las cuales no sabíamos ni su nombre, ni su devenir y por supuesto mucho menos sus sentimientos, sus sueños, sus afugias y penurias. Suena duro, pero era una realidad, era el reino de las enfermedades y los órganos que había que intervenir, que extraer, pero no estaba el ser humano digno de comprensión, de compasión, de escucha, de amor, ese ser humano-mujer digno de tomar decisiones autónomas y responsables. Recuerdo claramente la sala de sépticas en el hospital dónde rotaba, diariamente había varias mujeres jóvenes en procesos sépticos causados por abortos clandestinos, mujeres mutiladas quirúrgicamente, sin útero, sin ovarios, que luchaban por sus vidas y que morían frecuentemente. Siempre tratamos de brindarles una atención médica adecuada, pero casi nunca nos preguntamos por las razones que llevaron a esas mujeres a tomar tal decisión y a actuar en consecuencia, cuáles eran sus visiones de mundo, ¿Qué las había llevado a exponer su vida con tal de no estar en embarazo? ¿Acaso esto no es una manifestación de un sistema social y educativo que se ocupa del conocimiento científico racional y se olvida de los seres humanos cargados de sentimientos? Donde existe una clara jerarquía y el médico es el que tiene el poder y decide por la mujer, incluso en contra

de su voluntad, en contra de su sentir bajo supuestas normas de racionalidad.

Recuerdo además que las luchas feministas casi ni existían para nosotros y solo algún/a docente se manifestaba en pro de un mundo más equitativo, se hablaba de sexualidad, de parto humanizado, entre otros temas, pero los argumentos eran velados, no eran directos o posiblemente nuestro interés no estaba en ese lugar, sino en aprender a extraer úteros, a tratar enfermedades y no a mujeres.

Estas fueron las razones que me llevaron a seguir explorando caminos, tratando de encontrar uno que llenara mis expectativas, donde los seres humanos fuéramos el centro, el sujeto de la profesión y de la vida, donde las personas fueran eso, personas y no objetos, donde los sentimientos de cada persona fueran estimados y se convirtieran en el foco principal de la interacción entre mujeres y médicos. Estudié medicina fetal y la situación fue similar, mujeres con fetos malformados o con enfermedades que las aquejaban, donde hacíamos gala de todos nuestros conocimientos para llegar a un diagnóstico y a un tratamiento racionalmente adecuado, pero nos olvidábamos de ellas, de sus sentimientos, sus angustias, sus deseos y en últimas las abandonábamos a su suerte, eso sí con un diagnóstico y un plan médico muy bien definido.

Luego exploré la epidemiología, fue fascinante, aprendí mucho sobre la racionalidad, el método, la técnica, la estadística, la medicina basada en la evidencia. Indudablemente muy importantes, muy elaboradas, sin embargo, seguía pensando que hacía falta la subjetividad, los sentimientos que llevan a las personas a tomar decisiones. Seguía atrapado en la racionalidad, en la sin salida, ¿Dónde estaba la persona?, esa que siente alegrías, tristezas, amores, decepciones y que también razona. Sentía que toda mi formación me había llevado por un camino muy prolífico pero que no me satisfacía, que me mostraba un mundo que no era el que yo quería para mí ni para nadie, el mundo de la racionalidad, el mundo de las jerarquías, el mundo de la dominación, la competencia, la imposición, los discursos agresivos que viví tantas veces en las reuniones académicas y de los cuales yo hacía parte. Me creía el dueño de la razón, que nadie estaba sobre mí, que mi palabra era la verdad absoluta y además como era epidemiólogo, tenía el poder sobre los que no lo eran. Mi vida era una lucha entre todo lo aprendido en mis años de formación y algo que me decía que ese no era el camino, que no podía ser que la vida fuera un camino de agresión y dominación.

Al terminar epidemiología surgió una gran oportunidad, dirigir un grupo de investigación, docencia y extensión en mortalidad materna y perinatal,

sin dudarle acepté y se inició un proceso de análisis de los casos de mujeres fallecidas por causa relacionadas con el embarazo, así como de las muertes perinatales. El análisis era un análisis epidemiológico para tomar decisiones para prevenir muertes por causa similares en mi ciudad y mi departamento. Fue una experiencia muy enriquecedora, pues más allá de contar muertes y saber porque habían ocurrido, surgió la posibilidad de ponerme en contacto con una realidad que trascendía la racionalidad y me llevaba al campo de la vida real. En las entrevistas a familias de mujeres fallecidas encontré a los seres humanos de carne y hueso, entendí sus sufrimientos y la desgracia humana. En el análisis del error médico igualmente encontré a seres humanos, también de carne y hueso y entendí sus motivaciones, sus egos y que su actuar no dependía estrictamente de ellos mismos, sino de un medio que te determina. En consecuencia, surgió la necesidad de adentrarme en esos campos desconocidos pero intuitivos e inicié a fomentar la investigación cualitativa para incentivar la comprensión de las causas profundas de estos casos desafortunados.

Trabajé por 13 años como director de dicho grupo, logramos algunos avances en la reducción de la mortalidad materna y perinatal en el departamento, creamos protocolos de atención y capacitamos al personal de la salud, modificamos aspectos relacionados con la enseñanza en la Facultad de Medicina y en la especialidad de obstetricia y ginecología, publicamos artículos científicos, implementamos procesos de auditoria de la calidad entre muchas más actividades, sin embargo, a pesar de que me había aproximado a entender que había otro mundo donde la subjetividad era importante, aun sentía que necesitaba avanzar en mi comprensión de los seres humanos y decidí realizar un doctorado en salud pública.

No fue fácil renunciar a un mundo que ya tenía bajo control, donde me movía como pez en el agua, dónde era una autoridad, pero esa insatisfacción interior me movió a tomar la decisión e iniciar el doctorado en salud pública con una propuesta de investigación evaluativa de la transformación curricular en el desempeño profesional de los egresados del posgrado de obstetricia y ginecología. La propuesta intentaba buscar respuestas a nuestro comportamiento como médicos y a hallar soluciones, sin embargo, pasado el primer año del doctorado no logré concretar la pregunta de investigación y me vi abocado a solicitar mi retiro del programa académico.

Mientras hacía los trámites para el retiro del doctorado pedí varias asesorías con diferentes docentes y uno de ellos me preguntó ¿Qué era lo que me estaba desenfocando de mi pregunta de investigación? ¿Qué me distraía de mi propósito? Le confesé que algo que me robaba mucha

energía: era mi trabajo con mujeres que solicitaban aborto luego de las 21 semanas de gestación, situación que había surgido en los 6 meses anteriores debido a una situación compleja con una mujer secuestrada y abusada sexualmente, que solicitó la IVE a una edad gestacional tardía y que nadie había podido atender. Fue en ese momento que la persona con quien conversaba me dijo que por qué no hacía mi investigación sobre ese tema y luego de pensarlo detenidamente vi con claridad que dicha temática era importante y me permitía continuar con mi trabajo en defensa de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos y avanzar en el conocimiento de este tema. Fue así como decidí indagar por los significados de la experiencia de la interrupción voluntaria del embarazo luego de las 21 semanas de gestación en mujeres residentes en Colombia.

Enfocarme en los significados de la IVET de estas mujeres, me permitió acercarme aún más a sus intimidades, a comprender mejor el porqué de sus decisiones, decisiones profundamente sentidas y pensadas, a conocer sus sentimientos frente al hecho de causar la muerte del feto y luego parir un feto muerto y a comprender que los seres humanos somos un amasijo de sentimientos y algo de razón. Mi relación con ellas fue fluida, en un ambiente de respeto y confianza, mi mente estaba abierta, quería comprender y no juzgar, lo que me permitió establecer relaciones de amistad y admiración por su valentía y su capacidad infinita de soportar las agresiones de un mundo que las juzgaba y las condenaba, de acompañarlas y en algunos casos ayudarles a superar sus sentimientos de culpa. Igualmente me permitió hacerme múltiples preguntas, como: ¿Por qué la actitud de jueces implacables de la mayoría del personal de la salud?, ¿Cuáles son las características de los currículos que posibilitan la negación del derecho a decidir de las mujeres?, ¿Qué ocurre con la vivencia de IVET en las menores de edad?, entre muchas otras preguntas posibles.

Durante todo este proceso me tocó interactuar con múltiples personas del sector salud, personas que en su mayoría no estaban de acuerdo con la IVET y que lo hacían evidente con sus miradas, su silencio, su indiferencia y su desagrado para participar en el proceso. Yo personalmente sufrí agresiones verbales de colegas que trataban de hacer valer sus concepciones de mundo y que me consideraban poco menos que un criminal por defender los derechos de las mujeres. Retrasos aparentemente y provocados por el personal que no tenía las cosas a tiempo, personas que no aparecían, descuidos aparentemente intencionados, retrasos en el inicio de los tratamientos, personal de enfermería que abordaba las mujeres antes de ser ingresadas a la

institución y que trataban por todos los medios de convencerlas de que no accedieran a la IVET, hasta sabotajes, ocultando los elementos necesarios para el proceso de atención, y subestimando y desechando los conceptos médicos emitidos por personas a favor de las mujeres. Fui testigo de situaciones en las que se les magnificaban los riesgos a las mujeres durante el ingreso al servicio, tratando de hacerlas desistir de la IVET y haciéndolas responsables de las complicaciones por la decisión que habían tomado <sup>25</sup>. Muchas de estas situaciones fueron corroboradas posteriormente en las entrevistas con las mujeres y hacen parte de los resultados de la investigación.

Pasé por situaciones muy difíciles donde me sentí agobiado, señalado y menospreciado; sin embargo, mi actitud frente a estos hechos siempre fue de resistencia; traté de evitar las discusiones innecesarias y de manejar la situación con mi equipo de trabajo, tratando de fortalecernos y de no desistir. Siempre fue importante la fortaleza y el acompañamiento de la psicóloga de la institución del Valle del Cauca donde realizaba las IVET, y podría decir que nos dimos ánimo mutuamente para no desfallecer.

Siempre mantuvimos informados, a los directivos de la institución, a los referentes de salud tanto municipales como departamentales, a la mesa en defensa de la IVE en el departamento y a la veeduría ciudadana en defensa de la IVE, todas instituciones y personas que nos apoyaron, nos sentimos rodeados y acompañados para hacer frente a este tipo de situaciones. Los directivos de la institución apoyaron el proceso y tomaron medidas como cambiar de servicio a las personas objetoras y advirtieron con energía que el programa de IVET era un programa institucional y que la persona que no estuviera de acuerdo sería removida del servicio. Indudablemente este se constituyó en un riesgo no considerado de la investigación y que afectó a algunas funcionarias del hospital.

El compartir con mujeres que se sometieron a una IVET y con el personal de la salud me permitió comprender la complejidad de la temática y tener una aproximación a la misma, y sufrir un proceso de transformación interior. Partir de una posición muy racional y abordar un tema totalmente permeado por los sentimientos y la subjetividad, utilizar un método de investigación histórico hermenéutico, partir de los datos e ir hacia las teorías y volver a los datos, me llevaron a comprender de forma diferente un fenómeno de la realidad que pudo haber sido abordado con un diseño de investigación tradicional para producir resultados impersonales, racionales, desprovistos de subjetividad e intersubjetividad.

---

<sup>25</sup> Notas del Diario de campo.

Ahora bien, con la revisión bibliográfica del contexto relacionado con los feminismos, la salud pública y el derecho al aborto y la historia de lo ocurrido en Colombia para lograr la despenalización de la IVE, me introduje en el campo de la lucha por los derechos sexuales y por los derechos reproductivos. En este campo las mujeres y los feminismos han tenido un papel central, han enfrentado a los grupos más conservadores de la sociedad y a la iglesia católica en las reuniones del Cairo en 1994 y de la Mujer en Beijing en 1995 y han logrado dejar huella (19,62). En América Latina y el Caribe han tenido avances importantes, como los casos de Uruguay, Colombia, Chile, entre otros, pero también ha habido retrocesos, como en Honduras, El Salvador y Nicaragua.

La lucha feminista continúa buscando el reconocimiento de la mujer como ser digno y autónomo para la toma de decisiones moralmente responsables y evidencian que la despenalización del aborto no es suficiente, pues no garantiza la autonomía y la libertad en la decisión de las mujeres, por el contrario, pone la decisión de la IVE en manos del personal de la salud, negándoles el derecho a la toma de decisiones autónomas y responsables (49).

Ahora, yo declaro que me identifico con esta postura y asumo mi posición en el campo y adquiero el compromiso de involucrar a la Universidad en la que trabajo en dichas luchas, influyendo en los currículos, donde el tema de género y derechos es muy incipiente. Sé que la escuela de medicina es producto del sistema patriarcal, conozco su currículo conservador, sé de sus prácticas androcéntricas, así como de su currículo oculto que preserva y transmite el pensamiento patriarcal. Pero también sé que ha habido cambios, que hay una apertura a nuevas ideas, hay compañeras y compañeros con los que puedo contar, y aprovechar dicha apertura para dar mi lucha y tratar de influir en la renovación de su currículo. Aprendido de los movimientos feministas, conformaré grupos de reflexión, coaliciones con otras facultades y universidades, como mecanismo para avanzar en el proceso de reflexión, que será el camino a una posición epistemológica y ética colectiva que abogue por la igualdad y la equidad, y de esta manera influir en las futuras generaciones.

Esta reflexión también abarca a la salud pública y no puedo seguir patrocinando una salud pública hegemónica, que busca causas, pero que no combate la desigualdad, la inequidad y que no se pronuncia en contra del sistema patriarcal. La salud pública por la que abogo es por la salud pública de la MS/SC, una corriente latinoamericana anti hegemónica, nacida en la región más inequitativa del mundo. Una salud pública que reconoce la diferencia, que acepta los aportes de todos los paradigmas, incluida la salud pública hegemónica y que acepta y acoge las propuestas

feministas. Una salud pública que cuestiona el poder, que entiende que los seres humanos estamos determinados por el sistema en que habitamos y que se opone a preservar el statu quo del determinismo y la enfermedad, una salud pública que busca la salud y no la enfermedad (93,94,96,97,102,193-196).

Ahora soy una persona diferente, he compartido con muchas mujeres y me sorprende su convicción, su vehemencia en la lucha por sus derechos, su inteligencia para la lucha, pero por sobre todo su capacidad de comprensión de la diferencia y su capacidad para luchar por un fin común a pesar de ellas. Ahora comprendo que los seres humanos somos en la medida que interactuamos y compartimos y que la individualidad que se nos propone como el ideal de la modernidad, no es tal, dependemos los unos de otros, dependemos de nuestras interacciones y de nuestras diferencias, es un error pensar y creer que toda la humanidad se deba comportar igual.

Logré ver con otros lentes que me condujeron a leer y resignificar trabajos de autoras/es con una mirada crítica de la realidad que vivimos, verdaderas luchadoras/es en el campo de la confrontación por la igualdad, la equidad y el respeto por nuestro planeta. Logré comprender que estamos inmersos en un sistema de poder y que lo que veíamos antes como corrientes contrarias, no lo son y por el contrario son caras de la misma moneda. Por lo tanto las ambiciones pasadas de una vida mejor al cambiar de corriente política, no son tales y por el contrario el capitalismo y el comunismo son partes de un sistema superior, el sistema patriarcal, no entendido como el dominio del hombre sobre la mujer, sino como "una red cerrada de conversaciones caracterizada por las coordinaciones de acciones y emociones que hacen de nuestra vida cotidiana un modo de coexistencia que valora la guerra, la competencia, la lucha, las jerarquías, la autoridad, el poder, la procreación, el crecimiento, la apropiación de los recursos, y la justificación racional del control y de la dominación de los otros a través de la apropiación de la verdad" (1,2).

Como podemos intuir, el campo de la confrontación por los derechos, que era complejo, es ahora mucho más, pues si realmente queremos un cambio, tenemos que enfrentarnos al poder y a su violencia, a su sed de dominación de los demás seres humanos y de la naturaleza. Pero no se trata de una lucha por el poder para concentrarlo en algunas/os iluminadas/os, se trata de la confrontación por el poder de todos y cada uno de los seres humanos que tenemos la capacidad de tomar decisiones autónomas, responsables y de asumir las consecuencias de dichas decisiones, lo que nos confiere una profunda responsabilidad con cada

decisión que tomemos, pues esa decisión tendrá una repercusión, que incluso podrá afectar todo el universo.

Para finalizar este acto de reflexividad, quiero ser optimista y que como seres sentipensantes seremos capaces de darnos cuenta de que habitamos en un mito (104) que debemos cambiar, donde nuestra responsabilidad es comprender que no somos los dueños de nada ni de nadie, que dependemos de la diversidad de nuestro planeta y que los seres humanos como la versión más evolucionada de la materia, tienen la responsabilidad de cuidar de todo y de toda/os (197). La inclusión de todos los seres humanos, es necesaria para la toma de decisiones responsables. La colaboración y no la explotación, la comprensión y no el prejuicio, el acuerdo entre todas y todos y no la guerra, el respeto por todo lo existente y la co-inspiración nos llevarán por un camino diferente, un camino de entendimiento de quienes somos y para que estamos aquí, un camino que nos permitirá trascender y ser libres (1,2).

Espero haber dado una visión del campo en que me muevo, de la observancia epistemológica, de mi proceso de transformación en el proceso investigativo y de la nueva posición que ocupó dentro del campo, de mi posición ética compartida con los movimientos feministas, con la MS/SC y sus luchas, pero principalmente haber aportado algunas ideas al colectivo, ideas para la reflexión.

Sé que mi relación como investigador con estas mujeres participantes implica una relación íntima, ética y estable en la medida de lo posible. Soy consciente que las actividades que desarrollamos y las relaciones que establecimos tendrán de alguna manera consecuencias en la situación investigada y en mí como persona. Es posible que el hecho de ser hombre hubiera podido tener alguna influencia negativa sobre las participantes, dado lo íntimo de los temas a tratar durante la entrevista, sin embargo, como yo participé en el proceso de atención de la IVET, esto facilitó un ambiente de confianza, cordialidad y de no culpabilidad, y de hecho esto favoreció un diálogo sincero y abierto por parte de las mujeres.



## **5. Datos y resultados iniciales**

En este capítulo se presentan los hallazgos y datos generados por la investigación. Estos resultados fueron obtenidos a través de la aplicación de la TF a las entrevistas con mujeres que se han practicado la IVET.

Cuando inicié el proyecto no tenía una teoría preconcebida, aun cuando tenía una visión general de la IVE y la IVET por mi área de formación y por el trabajo que desempeñaba. Cuando decidí iniciar la recolección de información sobre los significados de las mujeres sobre la IVET y me puse en contacto con los datos que surgieron de las entrevistas semiestructuradas, grupos focales y diario de campo, la teoría fue emergiendo, no como un ejercicio deductivo, sino como algo inductivo, la teoría provenía de los datos, en última instancia, provenía de la realidad de las mujeres y estaba mediada por mí como investigador.

Como se explicó en el capítulo de Metodología, se realizaron entrevistas semiestructuradas a dieciocho mujeres residentes en Colombia durante un periodo de un año, que habían vivido un proceso de IVET y que se seleccionaron de la base de datos de las instituciones que prestan el servicio de IVET en Medellín en el Departamento de Antioquia, y en Tuluá en el Departamento del Valle del Cauca. Las entrevistas se aplicaron en un primer momento a diez mujeres y en un segundo momento a otras ocho mujeres. Del primer grupo se seleccionó un caso emblemático y a esta mujer se le hizo una entrevista especial de mayor profundidad, dadas sus características complejas. Por ello, el total de entrevistas es de diecinueve.

En primer lugar, se describen las características sociodemográficas del grupo de mujeres participantes, agregando dos datos relevantes para esta investigación: la edad de gestación al momento de la IVET y la causa de la misma.

Se presenta, así mismo, el proceso de codificación abierta, axial y selectiva con algunos ejemplos, para terminar con la emergencia de la matriz paradigmática, una llave maestra de comprensión pues organiza los datos hallados en afirmaciones que resultan del análisis de las entrevistas a las mujeres que vivieron la experiencia de la IVET.

### **5.1. Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas**

A continuación, se presenta la Tabla 1 que aporta las siguientes características sociodemográficas de las mujeres que participaron en la investigación, al momento de la entrevista que se les realizó: edad, nivel de escolaridad, número de hijos-as, estado civil y creencia religiosa.

Se muestran también, la edad de gestación al momento de la IVET y la causal para la IVET.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de las mujeres participantes en la investigación.

Número de entrevista	Edad en años cumplidos	Años de escolaridad	Estado civil	No. de hijos	Creyente religiosa	Edad de gestación al momento de la IVET	Causal para la IVET
1	36	13	Separada	2	Si	22	Malformación fetal incompatible con la vida
2	39	11	Soltera	1	Si	32	Malformación fetal incompatible con la vida
3	33	11	Unión libre	2	Si	22	Salud mental
4	22	9	Soltera	1	Si	24	Malformación fetal incompatible con la vida
5	25	13	Soltera	0	Si	24	Salud mental
6	47	10	Separada	1	Si	24	Salud mental
7	27	11	Unión libre	2	Si	22	Salud mental
8	26	11	Soltera	3	No	36	Violación
9	30	16	Soltera	0	Si	23	Salud mental

Número de entrevista	Edad en años cumplidos	Años de escolaridad	Estado civil	No. de hijos	Creyente religiosa	Edad de gestación al momento de la IVET	Causal para la IVET
10	30	13	Soltera	1	Si	29	Salud mental
11	28	16	Soltera	0	Si	28	Malformación fetal incompatible con la vida
12	25	13	Soltera	0	Si	26	Malformación fetal incompatible con la vida
13	38	11	Soltera	2	Si	24	Salud mental
14	32	13	Unión libre	2	Si	28	Salud mental
15	30	9	Separada	2	No	32	Malformación fetal incompatible con la vida
16	37	11	Soltera	2	Si	22	Salud mental
17	28	16	Soltera	0	Si	29	Malformación fetal incompatible con la vida
18	48	10	Separada	1	Si	24	Salud mental
19	23	11	Soltera	2	Si	24	Salud mental

## 5.2. Codificación abierta

El proceso de análisis de la información inicia con la transcripción de las grabaciones de cada una de las entrevistas, sigue con la revisión de la transcripción, para verificar que la transcripción sea fiel a lo expresado por las mujeres en los audios.

Acto seguido se tomó cada una de las 19 entrevistas transcritas y revisadas y se les realizó el microanálisis, que consistió en separar todas las unidades de sentido presentes línea por línea en cada una de las entrevistas y asignarles un código abierto que representara fielmente su contenido.

Se obtuvieron un total de 3.839 códigos abiertos de las 19 entrevistas, de los cuales podemos observar algunos ejemplos en el cuadro 1, donde se observa el número secuencial del código (1 a 3.839), luego el código abierto asignado por el equipo de investigación a cada unidad de sentido o trozo de entrevista y finalmente la unidad de sentido o trozo de entrevista que dio origen al código abierto.

**Cuadro 1.** Codificación abierta: ejemplo de lista de códigos abiertos.

Número	Código abierto	Trozo de entrevista y ubicación
1	Estar sola en habitación por ser una mujer IVE	"Doctor empezando porque yo era una mamá IVE, un embarazo interrumpido, me dieron una habitación sola para que yo no viera que la mamá del lado estaba con su bebida o ilusionada de muchas cosas, entonces sola totalmente sola". E1P18
100	Dolerle por momentos su hijo muerto, pero así es mejor	"Si, por momentos como que me duele, como pensar que era mi hijo, pero siempre digo no, estás mejor donde estás". E10P20
150	Pensar que estaba entrando en menopausia y no en embarazo	"...cualquier día los senos se me pusieron así (grandes), no me llegó el periodo, pero me relajé porque pensé que estaba cerrando edad, sí, me relajé normal". E10P5
212	Doler la IVET, no los procedimientos médicos	(Llanto) "...el chuzón no dolió tanto, creo que no me dolió, me dolió la situación". E11P11
1.021	La psicóloga acompaña y defiende	(Psicóloga) "...fue la que nos acompañó más que todo en todo eso, ella se peleó

Número	Código abierto	Trozo de entrevista y ubicación
		con él (ginecólogo) y si me hubiese pasado algo". E2P17
1.349	Recibir reproche no verbal por parte de personal de vigilancia por estar en la IVET	"...yo ya en la casa como a las dos semanas, porque ese día allá en el (hospital) cuando ya expulsó mi compañera, entonces yo me quedé, entonces yo estaba tapada con unas sábanas aquí y mi compañera estaba volteada cuando se llevaron el bebé y todo y entró una guarda de seguridad no sé dónde y ella se asomaba en una cama y ella se me quedó mirando y salió y me hizo (no con la cabeza), y se fue". E4P15
1.737	Recibir comprensión por parte de amiga que se enteró de la IVET por falta de confidencialidad de la institución	"...ella (hermana) llamó a unas amigas de allá de (ciudad) y la amiga llegó, no recuerdo el nombre del doctor que me atendió, disque subió una amiga, y dando gracias a Dios mi amiga, dijo yo no te culpo, yo guardo el secreto porque tú nunca me contaste nada". E5P8
1.793	Asumir el viaje en avión como el regalo de su hija muerta y ponerle un nombre	"...porque yo le coloqué (nombre), eso es lo que me dejó ella de recuerdos (viaje en avión), ese fue un mejor recuerdo que ella me dejó, lo tomo así, que ella me regaló". E6P12
2.025	Asustarse por no saber cómo vendría el bebé	"...una vez nos asustamos más porque no sabíamos cómo iba a venir él". E7P19
2.226	En el hospital olvidar que ella estaba pendiente de un procedimiento	"...se le olvidó que yo estaba, suele pasar en los hospitales grandes que tienen una persona esperando una cirugía allá hospitalizada, pero la dejan porque está estable entonces, todos los que llegan entran y salen, pasan a veces no más". E8P15
2.535	Crear que Dios le envió la IVET para que aprendiera	"...yo sé que hay un ser supremo y que donde esté me está viendo y que si me mandó algo fue porque yo tenía que aprender y ya, yo acepto las cosas". E8P34
2.660	No querer saber más sobre la malformación de su bebé	"...entonces yo no quise recibir los otros resultados porque yo ya sabía más o menos porque otro doctor me explicaba, entonces no quise saber más nada yo me

Número	Código abierto	Trozo de entrevista y ubicación
		llevé esa parte y no reclamé los resultados". E8P4
2.739	Llenarse de mucho miedo al saber que estaba en embarazo	"...pero cuando uno está en esas (embarazo) uno se llena de mucho miedo". E9P4
2.751	Nunca pensar que le pasara una IVET	No, nunca (pensar). No (en la IVE). E9P5
2.797	Ser muy egoísta, pensar sólo en su bienestar y disponer de una vida	"...sin preguntar por qué, ni decirle oiga, o sea en ese momento uno es muy egoísta uno sólo piensa en uno y en el bienestar de uno y lo que uno cree que va a vivir y qué es lo que va a pasar, una vida". E9P8
2.808	Sentir tortura por tener el feto al lado y por insistirle que si se lo quería llevar	"La tortura, al lado, y era... lo quieres ver, y yo no, y me explicaron que fue un niño, que tal cosa, que tal otra, que si me lo quería llevar". E9P9
2.829	Aprender de la IVET que para todo hay una salida	"He aprendido, que para todo hay una salida, para todo hay que buscar una salida, no siempre tenemos que cargar con las culpas que no son de nosotros, aprendí que para todo hay una salida, sabiéndolo hacer, sabiendo hacer las cosas". E12P20
3.011	Por estar enamorada no darse cuenta de que el compañero no le servía a ella	"Sino que la verdad eso fue lo que pasó, simplemente que como estaba tan enamorada no me estaba dando de cuenta de que él en realidad no me servía a mí como hombre". E14P27
3.197	Experimentar la IVET y enterarse de casos terribles	"...a partir de la experiencia me enteré de unos casos que son de verdad terribles, incluso hace 15 días tuve una reunión con una gente y me enteré de otros casos que pues yo no podía ni siquiera creer". E13P18
3.839	En su ciudad si entregar el feto a la madre	"...sí, acá sí los entregamos y si usted dice no, no me lo quiero llevar, ah eso es otra cosa, acá realizamos el procedimiento como lo realizan allá". E16P23

### 5.3. Codificación axial

Luego de terminada la codificación abierta, se agruparon los 3.839 códigos abiertos en 28 categorías descriptivas, tal como se muestra en la Tabla 2.

Estas categorías surgieron de la comparación constante de cada uno de los códigos abiertos, proceso que permitió ir agrupando cada uno de los códigos abiertos por temáticas definidas y que al final dieron origen a cada una de las 28 categorías.

En la Tabla 2 aparece el número de la categoría, asignado secuencialmente, y el nombre de la categoría descriptiva.

La categoría descriptiva se nombra con una o unas pocas palabras para facilitar el proceso de identificación y análisis, sin que esto signifique sacrificar la riqueza de la información que está presente al interior de la categoría, representada por propiedades y dimensiones que fueron de gran utilidad para todo el análisis.

**Tabla 2.** Listado de categorías descriptivas.

Número	Categoría descriptiva	Número	Categoría descriptiva
1	Acción legal	15	Experiencia
2	Actuar	16	Historia familiar
3	Afectación	17	Imaginario
4	Ayuda	18	Información
5	Barreras	19	Juzgar
6	Cambios	20	Mecanismos de persuasión
7	Costos adicionales	21	Negación
8	Cuestionar	22	Personal de salud
9	Culpabilidad	23	Anticoncepción
10	Decisión	24	Proceso
11	Derechos	25	Ser consciente
12	Duelo	26	Situación económica
13	Engaño	27	SopORTE social
14	Estigma	28	Subestimar embarazo

En seguida, el cuadro No. 2 nos muestra el ejemplo de la categoría descriptiva número 25 (ser consciente) con los códigos abiertos que le dieron origen. Como se puede observar, se es consciente de la IVET, de lo duro que es tomar la decisión, de la religiosidad o no de cada mujer, de que la decisión de la IVET la tiene que tomar cada mujer, de que la IVET es buena o es mala, de lo bien o lo mal que se está luego de la IVET,

se adquiere consciencia de la vida vivida y se toman decisiones al respecto, se es más consciente de las decisiones futuras, y se es consciente de muchas más cosas. Por estos motivos esta categoría se denominó *ser consciente*.

En esta categoría, *ser consciente*, se identificaron dos propiedades. En el cuadro 2, en gris claro, están los códigos abiertos de la propiedad 1: la IVET es una decisión fundamentalmente íntima pues te confronta (quién eres y con quién cuentas). En gris más oscuro están los códigos abiertos de la propiedad 2: haber aprendido la lección (evitar a toda costa embarazarse de nuevo), que veremos a continuación.

**Cuadro 2.** Listado de códigos abiertos que dieron origen a la categoría descriptiva número 25, denominada "ser consciente" y sus dos propiedades constitutivas.

<b>Categoría descriptiva # 25: Ser consciente</b>
<b>Códigos abiertos Propiedad 1</b>
<b>La IVET es una decisión fundamentalmente íntima pues te confronta (quién eres y con quién cuentas)</b>
Por la IVET darse cuenta de demasiados problemas en su salud.
Tener muy claro que no conversa con otras personas sobre la IVET, porque no quiere dañar su espiritualidad, su tranquilidad, con personas con ideas rígidas que no van a cambiar con ningún argumento.
Ser algo religiosa, pero no creer tanto y no ver la IVET como que te la puso Dios para que sufrieras y vieras lo que es la humanidad, sino que es producto de mis decisiones.
Tratar de evadir la conciencia por la IVE, pero la conciencia siempre está presente.
Luchando para salir del tema de la IVET y hacerse más consciente de las cosas.
Ser consciente de la IVET y hablar con el esposo al respecto, y mientras ella hablaba él lloraba y ella también empezó a llorar.
Tener bien claro y ser consciente de que ella no provocó la IVET y sólo Dios sabe cuándo y para qué hace las cosas.
Hay que asimilar para hablar sobre el proceso de la IVET porque inicialmente te explican y tú quedas muy pero muy mal.



<b>Categoría descriptiva # 25: Ser consciente</b>
<b>Códigos abiertos Propiedad 1</b>
<b>La IVET es una decisión fundamentalmente íntima pues te confronta (quién eres y con quién cuentas)</b>
Inmediatamente después de la Inducción de Asistolia Cardíaca Fetal (IACF), entender que no estaba haciendo nada malo, que nada de lo que había hecho era terrible, como ella había pensado.
A raíz de la IVET, entender que no estaba con una persona que la quisiera, para la cual ella fuera importante y pensar que qué hacía con ese hombre que la miraba feo, que nada de lo que hacía le servía y que no reconocía todo lo que trabajaba para mantener la casa bien.
Enterarse la gente de la IVET y tomar consciencia y entender el proceso de la IVET.
La IVET ser lo mejor que han aprobado para evitar que nazcan niños malformados que vienen a sufrir.
No importar el número de semanas de embarazo, si se descubre que el bebé no viene bien, se debe terminar la gestación.
Haber tenido que tener el bebé si no existiera la opción de la IVET.
La IVET ser la decisión de cada quien porque nadie sabe las razones que llevan a una persona a abortar.
La IVET no ser la mejor opción para ella, pero también hay que pensar en personas que no tienen recursos, ni casa para brindarles muchas cosas.
La IVET puede o no ser la opción correcta, por ello hay gente adoptada y otras que abortan y continúan con su vida unas más afectadas que otras.
La IVET ser muy dura, entonces yo le diría a una amiga en una situación de IVE que no lo hiciera, aun cuando sé que depende de la situación.
Por lo vivido yo decirle que la IVET no es la mejor opción, pero habría que conocer los puntos de vista de ella, pues nadie sabe la cruz que carga cada quien.
No ser capaz de volver a hacer la IVET, porque cómo va a acabar con una vida sin más ni más y buscaría otra alternativa, pero no haría la IVET.

<b>Categoría descriptiva # 25: Ser consciente</b>
<b>Códigos abiertos Propiedad 1</b>
<b>La IVET es una decisión fundamentalmente íntima pues te confronta (quién eres y con quién cuentas)</b>
Si volviera a quedar en embarazo lo tendría, no se haría una IVET, porque es muy duro acabar con la vida de alguien.
Reconocer que el proceso de la IVET le ha dado muchas ganancias sin ninguna discusión.
Poner de ejemplo a su hermana que tiene 5 hijos, si quedara embarazada y quisiera abortar, ella le diría que sí lo hiciera porque ella tiene muchos hijos que van a crecer y no les vas a poder brindar un buen estudio por la vida actual tan costosa.
El feto poder nacer enfermo o no quererlo después de nacido y encargárselo a la abuela, cuando se supone que los hijos los cuida la mamá.
Cuando la bebé "patió" (pateó), por última vez, entender que el medicamento que le colocaron en el corazón era para que no sufriera y muriera dentro del útero.
Opinar que las mujeres deben tomar consciencia de lo que hacen y no abortar cada vez que se embaracen.
Saber que en algún momento las situaciones del bebé con hidrocefalia le iban a tocar enfrentarlas totalmente sola, porque todo le ha tocado enfrentarlo sola.
Ponerse a pensar en muchas cosas que no entendía y en ese momento comprendió por qué le estaba pasando el proceso de la IVET, dado que a usted no le pasa algo que no pueda superar.
Decir qué me pasa y entender que el bebé se tenía que ir y que ella se quedaba con sus otros dos hijos.
Disculparse con el médico y reconocer su autoridad, pero saber que él no la podía recriminar porque no hacía nada malo, no estaba matando un bebé, estaba evitándole sufrimiento.

<b>Categoría descriptiva # 25: Ser consciente</b>
<b>Códigos abiertos Propiedad 2</b> <b>Haber aprendido la lección:</b> <b>evitar a toda costa, embarazarse de nuevo</b>
Saber, que al hacer el acto sexual, va a ser algo de mucha seriedad y demasiada responsabilidad, porque hasta el momento no ha tenido relaciones sexuales.
Ser consciente que la ligadura de trompas tiene un pequeño porcentaje de fallas.
Iniciar relaciones sexuales luego de la IVET, pero ya no tan a la ligera.
Agradecer a Dios por no haber quedado en embarazo, pero reconoce que la vida es cruel y dura y la puede hacer caer nuevamente, sin embargo, ya lo vivido fue suficiente y es imposible que uno no aprenda.
No perdonarse si volviera a estar en una situación similar (embarazo, IVET), pues al perro no lo capan sino una vez, el resto es brutalidad.
Pensar que la conciencia de cada mujer es necesaria, porque de una relación sexual muy placentera se puede vivir todo lo que yo viví.
No querer volver a caer en el error de un embarazo no deseado.
Hoy por lo menos poder intentar conseguir una persona decente, con principios y ¿Por qué no? Poder tener una relación amorosa adecuada, tener prosperidad y dinero sin ser malo.
Ponerse a pensar en lo que quería y pensar que a uno lo crían de forma mediocre, no por su vida personal, sino como sociedad, porque te inculcan que estudies para que trabajes y trabajes para que obtengas casa y cosas materiales.
El éxito o el fracaso no son un sitio o un lugar, como ella, muy joven, con empleados a cargo, sin tener que madrugar, ni rendirle cuentas a nadie, sino un estado y el éxito es un estado que hay que construir día a día.
Dios la libre, pero ella espera que su madre pueda morir mañana, pero ella ya vivió y yo recordaría el contacto que tuvo conmigo.
La gestación ser una situación de futuro, qué será, cómo será, qué tal si y estas situaciones de futuro tenían que servir para algo en mi vida.

<b>Categoría descriptiva # 25: Ser consciente</b>
<b>Códigos abiertos Propiedad 2</b> <b>Haber aprendido la lección:</b> <b>evitar a toda costa, embarazarse de nuevo</b>
Estar en una etapa productiva y reproductiva y puede tener otro bebé sano, que es lo que ella espera, así no lo haya planeado de momento.
Los abuelos no estar para cuidar los hijos de uno, cuando uno se va a trabajar, están para mimarlos y darles cariño.
Suplicar a Dios y saber que las personas se tienen que separar por la muerte o por un error o por cualquier otro motivo.
Uno no saber lo que a ella le está pasando y está sintiendo con el embarazo.

*Nota: Los códigos están divididos en tonos de gris que representan cada una de las dos propiedades de la categoría.*

Al interior de cada una de las 28 categorías descriptivas, se identificaron sus propiedades o características generales, a su vez, dentro de cada propiedad se identificaron sus dimensiones o matices que caracterizan cada propiedad. Una vez identificadas las propiedades y dentro de cada una de éstas sus dimensiones, tanto propiedades como dimensiones se relacionaron o entretrejieron con el nombre asignado a la categoría descriptiva o fenómeno axial, de donde se desprende el nombre de codificación axial.

Es importante hacer notar que si bien, en un primer momento, estamos fragmentando las entrevista en unidades de sentido particulares (codificación abierta), con la codificación axial estamos reuniendo nuevamente los datos, estableciendo relaciones entre categorías, propiedades y dimensiones, dando emergencia a una historia coherente, dado que las dimensiones dan un abanico de explicaciones a una propiedad y las propiedades son a su vez otro abanico que explica una determinada categoría descriptiva.

En la medida en que el proceso de recolección de datos se repite (nuevas entrevistas y códigos abiertos), las categorías descriptivas se hacen más consistentes, completando de esta manera la codificación axial.

Tomando como ejemplo nuevamente la categoría 25 del cuadro 2, se identificaron dos propiedades (observar tonos de gris): en gris claro tenemos la propiedad 1) la IVET es una decisión fundamentalmente

íntima que te confronta (quién eres y con quién cuentas) y en gris oscuro la propiedad 2) haber aprendido la lección: evitar embarazarse de nuevo a toda costa. Estas dos propiedades caracterizan a la categoría descriptiva *ser consciente*. Ahora bien, cada propiedad tiene un abanico de matices que dan cuenta de la profundidad de las reflexiones y de las implicaciones que tienen para la comprensión del significado de la IVET en las mujeres y ayudan en la caracterización y descripción de cada una de las propiedades. En el anexo 5 podemos observar el cuadro que contiene el listado de las 28 categorías descriptivas, cada una con sus respectivas propiedades ubicadas en la columna izquierda y en la columna de la derecha se puede apreciar el abanico de dimensiones de cada propiedad.

Como consecuencia del proceso interactivo, donde el investigador interactúa con las mujeres, sus entrevistas, las teorías, los memos, los resultados de los grupos focales y su propio devenir. Así como del proceso iterativo, que consiste en repetir una y otra vez todo el proceso, al igual que la comparación constante, que consiste en comparar permanentemente datos, teorías, memos y nuevos datos, entre otros, se pudo advertir que, desde el inicio de la investigación, algunas de las propiedades de las categorías descriptivas eran robustas y profundas, tenían un abanico amplio de matices y posibilidades, mientras que otras estaban poco desarrolladas, tenían pocos matices, por lo que fue necesario, a partir de la entrevista número 11, redefinir el guion de entrevista (anexo 3) y de esta forma indagar por aquellas propiedades menos desarrolladas, en una segunda tanda de entrevistas, proceso denominado muestreo teórico, y de esta manera logramos la saturación de cada una de las propiedades y de las categorías que habían emergido.

#### **5.4. Codificación selectiva**

El proceso continuó con la codificación selectiva o momento interpretativo que, por intermedio del ejercicio de la comparación constante entre categorías, los memos y la sensibilidad teórica del investigador, permitió seleccionar, en este caso, la categoría más importante o fenómeno central: justificar íntimamente la decisión de la IVET, en un entorno de soledad y secreto, al enfrentar un asunto tabú que la confronta consigo misma y con los demás y que la lleva a transformar su vida.

Se identificó el contexto en que el fenómeno central se presenta: La negación sistemática de derechos sexuales y de derechos reproductivos y la estigmatización de la mujer.

Del mismo modo se identificaron las causas: Tener que enfrentar tardíamente un embarazo no deseado por salud mental, que fue la causa

más frecuente, o riesgo para la vida de la mujer; por una violación o con feto malformado; lo cual genera gran sufrimiento sobre todo por las presiones externas y obstáculos institucionales del sistema de salud.

Se identificaron además las consecuencias del fenómeno central, que fueron: Las mujeres cambian y resignifican su vida, no desean repetir lo que pasó, aprenden de la experiencia y se empoderan logrando mayor solidaridad con otras mujeres.

Las relaciones de acción interacción que se presentan a raíz de dicho fenómeno central fueron: Acorraladas en medio de la culpa buscan ayuda, y tienen necesidad de mentir; a veces logran encontrar respaldo en personas que acompañan y no juzgan, y logran sostenerse en su decisión a pesar del predominio de un entorno adverso.

La identificación y organización de estos ejes temáticos se denomina matriz paradigmática. Esta organización de las categorías nos permitió ir delimitando una posible teoría e ir clarificando las historias que las mujeres nos contaron alrededor del fenómeno central seleccionado. Igualmente nos permitió identificar y complementar las categorías pobremente desarrolladas, que a través del muestreo teórico tratamos de completar, así como confrontar la teoría emergente con los nuevos datos, los memos y los resultados de los grupos focales y de esta forma ir refinando.

Durante todo el proceso investigativo fue fundamental la inducción (partir de los datos para generar teoría), la deducción (partir de la teoría y contrastarla con nuevos datos) y la abducción (proceso creativo), términos ya discutidos en el capítulo metodológico.

Todo lo anterior, me llevó a buscar explicaciones que satisficieran de mejor manera los hallazgos emergentes y hallar un hilo de historia coherente, que reflejara el sentir y el significado que estas mujeres le daban a la IVET, todo enmarcado dentro de un proceso comparativo constante (entre datos, teoría, memos, resultados de grupos focales, sensibilidad teórica del investigador).

Al explorar diferentes autores, literatura científica, teorías y conceptos, así como sucesos de la vida real, se logró un mayor nivel de abstracción y de comprensión de los significados alrededor de la decisión de la IVET, generando cada vez explicaciones más abstractas y generales.

En los siguientes cuadros podemos observar los elementos constitutivos de la matriz paradigmática con los componentes o categorías que les dieron origen, que a su vez provienen de la consolidación de los códigos abiertos en códigos más abstractos.

En el Cuadro 3 con relación al contexto (prejuicios, desigualdad social, maltrato y discriminación por parte del personal de salud, negación de la IVET con argumentos moralistas, fracaso de la anticoncepción, la pobreza y el estigma social).

En el Cuadro 4 con relación a las causas (embarazo tardío, la conexión con el feto, la necesidad de información para tomar decisiones).

En el Cuadro 5 lo concerniente a las relaciones de acción interacción durante el proceso de la IVET (apoyos, acorralamiento, culpa, mentir, desinformación, atención descuidada e innecesariamente prolongada, demoras injustificadas, resistencia del personal de salud, acompañamiento).

En el Cuadro 6 los aprendizajes de las mujeres durante el proceso de la IVET.

En el cuadro 7 los elementos importantes del Fenómeno Central: el tabú patriarcal, las justificaciones, el carácter íntimo y secreto de la decisión, y las transformaciones logradas por el mismo proceso.

**Cuadro 3.** El contexto en que se lleva a cabo la IVET.

<p><b>Contexto:</b> Negación sistemática de derechos sexuales y derechos reproductivos, y estigmatización de la mujer.</p>	<p>Sociedad y personal de la salud en particular, están plagados de prejuicios, negaciones y maltrato con respecto a los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres.</p>
	<p>Existe desigualdad social que limita el acceso a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos. Por tanto, la exigencia de igualdad.</p>
	<p>El grado de maltrato y discriminación del personal de la salud, depende de sus prejuicios e inexperiencia.</p>
	<p>La IVET, un procedimiento que casi nadie quiere hacer por prejuicios morales (tabú).</p>
	<p>El fracaso de la anticoncepción es, en parte, reflejo de la insuficiente autonomía de la mujer y la influencia impositiva de terceras personas (pareja y personal de la salud).</p>
	<p>La pobreza induce a la IVET.</p>
	<p>La IVET: trae estigma social como asesino-a de niños, que se logra superar.</p>

**Cuadro 4.** Las causas para decidir la IVET.

<p><b>Causas:</b> Tener que enfrentar tardíamente un embarazo no deseado, por una violación o con feto malformado, lo cual genera gran sufrimiento sobre todo por las presiones externas y obstáculos institucionales del sistema de salud.</p>	<p>Haber subestimado el embarazo y tener que enfrentarlo tardíamente genera gran sufrimiento.</p>
	<p>No haberse conectado afectivamente con el feto favorece la IVET</p>
	<p>La necesidad de tener certezas con respecto a la gestación para tomar decisiones informadas y asumir sus consecuencias.</p>

**Cuadro 5.** Las relaciones de acción interacción durante el proceso de la IVET.

<p><b>Relaciones de acción interacción:</b></p> <p>Acorraladas en medio de la culpa buscan ayuda, y tienen necesidad de mentir; a veces logran encontrar respaldo en personas que acompañan y no juzgan, y logran sostenerse en su decisión a pesar del predominio de un entorno adverso.</p>	<p>Sociedad, sector salud y personas cercanas, niegan derechos sexuales y derechos reproductivos de la mujer, y generan actos (simbólicos y de acción) para hacerlas desistir; pero ellas defienden su decisión y con ayuda de quienes piensan diferente, logran acceso a sus derechos.</p>
	<p>Considerar e intentar suicidarse al sentirse acorraladas por la sociedad ante el embarazo tardío.</p>
	<p>Hacer sentir culpables a las mujeres de la IVET por múltiples sectores de la sociedad, no las hizo cambiar de decisión.</p>
	<p>Las personas que interactúan (consciente o inconscientemente) en la IVET, aumentan los sentimientos de culpa de las mujeres; pero a veces, son la disculpa para continuar en el proceso.</p>
	<p>La búsqueda desesperada de ayuda te expone a cualquier cosa: recibir ayuda, hasta ser juzgada.</p>
	<p>Mentir e inducir a mentir (blindaje), un mal necesario para ocultar el embarazo y la IVET.</p>
	<p>Planificación familiar e IVET: escenarios de desinformación y demoras injustificadas, pero algunos se toman el trabajo de razonar la decisión con las mujeres.</p>
	<p>La atención de la IVET suele ser descuidada e innecesariamente prolongada.</p>
	<p>Resistencia del personal de salud (por subvaloración y castigo) por los actos simbólicos de despedida y cierre en el doloroso proceso de duelo.</p>
<p>Cobrar por la disposición final del recién nacido muerto, otra forma de discriminación del sistema de salud.</p>	



	El acompañamiento cercano de personal de salud responsable, favorece la decisión de la IVET en medio de tanto ruido.
	Compartir la culpa con algunas personas, aminora su peso.
	La aprobación de la IVET por terceras personas, alivia los sentimientos de culpa de las mujeres.
	Las mujeres cuestionan al personal de la salud por posiciones frecuentemente restrictivas e intransigentes con la IVET y sus derechos.
	La acción legal, opción presente en el proceso de acceso a la IVET, pero poco utilizada.

**Cuadro 6.** Las consecuencias de haberse realizado la IVET.

<p><b>Consecuencias:</b> Las mujeres cambian y resignifican su vida, no desean repetir lo que pasó, aprenden de la experiencia y se empoderan logrando mayor solidaridad con otras mujeres.</p>	La IVET: una decisión muy difícil, que genera mucho sufrimiento, y de la cual se aprende que es una decisión individual y por lo tanto no admite que se juzgue desde el exterior. Ratifica la necesidad de la difusión y el conocimiento por parte de las mujeres de sus derechos sexuales y de sus derechos reproductivos para que accedan libremente a anticoncepción o a una IVE y evitar una IVET.
	Todo se desearía cambiar (cuidarse del embarazo, la IVET), a pesar de que nada se pueda cambiar en el proceso de la IVET.
	Soñar lo que pudo haber sido y no fue (negar la decisión tomada).
	La IVET, una experiencia que no se quiere repetir.
	Angustiar por tener que enfrentar la IVET.
	La experiencia de la IVET te hace crecer y te enseña a no juzgar a los demás.
	Volver a nacer y resignificar la vida pasada como consecuencia de la IVET.
	La decisión de la IVET por haber sido profundamente personal, exige no juzgar.
	Haber aprendido la lección: evitar embarazarse de nuevo a toda costa.
	Evitar las relaciones sexuales hasta tener la seguridad de no quedar nuevamente en embarazo.

	Empoderarse a partir de la experiencia de la IVET: de no haber pensado nunca en el aborto a aceptarlo como un derecho de las mujeres.
	Volverse consciente del derecho a la IVE y defenderlo, sólo en las 3 causales de Ley.
	Las mujeres tras su experiencia, claman por la difusión del derecho y por el acompañamiento para la IVE y así evitar llegar a la IVET.
	Es inevitable preocuparse, además, por la disposición final del recién nacido muerto.
	Las mujeres, con el paso de los años, tienden a perdonar a sus familiares por las malas experiencias de la infancia.

**Cuadro 7.** El fenómeno central relacionado con el proceso de la IVET.

<p><b>Fenómeno central:</b> Enfrentar un asunto tabú que la confronta (consigo misma y con los demás), justificando íntimamente la decisión de la IVET, en un entorno de soledad y secreto, que la lleva a transformar su vida.</p>	La IVET, tema tabú que te confronta consigo misma, con el círculo de personas más cercanas y con la sociedad en general, llevando a la mujer a ser consciente de quién es y con quién cuenta y a tomar decisiones que transforman su vida.
	La decisión de la IVET, una decisión autónoma pero que se encomienda a Dios y que requiere de múltiples justificaciones por ir en contra de lo establecido socialmente.
	La decisión de la IVE es una decisión de las mujeres en soledad, pues es un tema tabú donde el entorno cercano usualmente no participa.
	La IVET es una decisión fundamentalmente íntima pues te confronta (quién eres y con quién cuentas).
	La decisión de la IVET se da en soledad con un respaldo social no confiable.
	Vivir la IVET en soledad como consecuencia del comportamiento machista de sus parejas y de la sociedad.
	Los hijos son lo más importante en la vida de las mujeres y por los cuales se hace cualquier cosa.

## **5.5. Matriz Paradigmática**

Partiendo de las entrevistas a mujeres que se habían realizado la IVET, las fragmentamos en unidades de sentido y les asignamos códigos abiertos; acto seguido agrupamos los códigos abiertos por temáticas surgidas de los propios datos y obtuvimos 28 categorías descriptivas; identificamos en cada categoría descriptiva sus propiedades y dimensiones. Luego en un proceso de abstracción mayor, agrupamos dichas categorías descriptivas en posibles fenómenos centrales, posibles contextos, posibles causas, relaciones de acción interacción y consecuencias.

Una vez reunidas estas categorías en su respectivo grupo, se procedió a asignarles un enunciado que las cobijara a todas y de este proceso de abstracción surgieron los componentes de una única matriz paradigmática que se presenta en la Figura 4. Estos componentes se describen a continuación.

El fenómeno central desarrolla una secuencia de ideas que tiene como sujeto a la mujer que se ha practicado una IVET, enfrentada a un tabú patriarcal que es la prohibición y condena de la interrupción de la gestación. Este ambiente adverso a su decisión y a la ejecución de su decisión, la confronta con los demás, pero también consigo misma. En ese conflicto, busca justificaciones, tiene que guardar sus pensamientos y sus actuaciones en secreto, y la mujer se encuentra generalmente sola frente al problema y el proceso que lleva a su solución. Sin embargo, la IVET es un suceso tan importante que le transforma la vida.

El contexto, se centra en la negación de derechos sexuales y derechos reproductivos, pero sobre todo en la estigmatización que sufren las mujeres que deciden la interrupción de su embarazo. Este fenómeno de rechazo y discriminación, funciona como una marca de exclusión social para las personas y grupos que se atreven a desafiar el estado de cosas imperante.

Las relaciones de acción-interacción muestran un campo desfavorable y otro favorable, en el que actúan tanto personas como instituciones. El primero obstaculiza y acorrala a las mujeres, las culpabiliza y las obliga a mentir; el segundo campo es más escaso, pero es valioso porque les brinda ayuda, respaldo, no las juzga y las acompaña en sus decisiones.

En posibles causas, se develan las circunstancias y motivos que tienen las mujeres para enfrentar tardíamente la suspensión de su embarazo, un embarazo no deseado, no aceptado (salud mental), por una violación sexual o con feto malformado. Esto ocasiona gran sufrimiento interno o

personal, el cual es multiplicado por las presiones externas y los obstáculos institucionales, en especial los del sistema de salud.

Las consecuencias de la realización de la IVET según las mismas mujeres que la han experimentado, es que ellas cambian y resignifican su vida; no desean pasar por lo mismo otra vez, aprenden de la experiencia, logran solidaridad con las otras mujeres, y logran mayor empoderamiento.

Todo el proceso para llegar a la matriz paradigmática, esta llave de conocimiento sobre las mujeres, surgió primariamente de las entrevistas con las mujeres; posteriormente esta síntesis de resultados fue ratificada e incluso ampliada por la información proveniente de los referentes teóricos y de los grupos focales, tanto con mujeres entrevistadas, como con expertas-os.



**Figura 1.** Matriz paradigmática de la investigación.

A partir de esta matriz paradigmática, se plantea en el capítulo siguiente, el diálogo entretejido de las voces de las mujeres, la teoría al respecto, las opiniones de expertos-as y el análisis que hace el investigador, todo en clave de que los resultados (Cap. 7), lleven más allá de la mera comprensión, al compromiso; para lo cual las conclusiones y las

recomendaciones del Capítulo 8, pueden ser un eslabón que conecte el conocimiento con la práctica, es decir con una incidencia en el cambio real, desde lo personal y lo institucional, para frenar todo tipo de discriminación contra las mujeres, tal como lo planteara desde la década de los setenta, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW).

## 6. Resultados

A continuación, se observa la figura 2, que contiene la secuencia de procesamiento de los datos y la matriz paradigmática con sus respectivos desarrollos que se presentan en este capítulo.



**Figura 2.** Secuencia de procesamiento de datos y resultados

## **Las mujeres hablan sobre sus experiencias con la IVET**

En este capítulo se presentarán los datos recogidos de las entrevistas a mujeres que se practicaron la IVET, a partir de los hallazgos que emergieron de la aplicación del método de la TF, y se hará la discusión de tal información, la cual fue organizada en una matriz paradigmática, expuesta en el capítulo anterior. Recordemos las afirmaciones que se hicieron en la mencionada matriz:

**Fenómeno central:** enfrentar un asunto tabú que la confronta (consigo misma y con los demás), justificando íntimamente la decisión de la IVET, en un entorno de soledad y secreto, que la lleva a transformar su vida.

**Contexto:** Negación sistemática de derechos sexuales y de derechos reproductivos, y estigmatización de la mujer.

**Causas:** Tener que enfrentar tardíamente un embarazo no deseado, por una violación o con feto malformado, lo cual genera un gran sufrimiento.

**Relaciones de acción interacción:** Acorraladas en medio de la culpa buscan ayuda, y tienen necesidad de mentir; a veces logran encontrar respaldo en personas que acompañan y no juzgan, y logran sostenerse en su decisión a pesar del predominio de un entorno adverso.

**Consecuencias:** Las mujeres cambian su vida y no desean repetir lo que pasó, aprenden de la experiencia y se empoderan logrando mayor solidaridad con otras mujeres.

Cada apartado de la matriz paradigmática que ha servido para analizar la problemática relacionada con la IVET, desde la voz de las mujeres, se discutirá asociado con el recorrido teórico (sensibilidad teórica del investigador).

Este es el capítulo central de la investigación, porque en él se escucha la voz directa de las mujeres hablando de su experiencia con la IVET, a través de los párrafos más significativos que se han seleccionado de las entrevistas, y que se presentan editados para facilitar su lectura, lo mismo que para eliminar cualquier referencia que pudiera atentar contra el anonimato necesario de las participantes. La mirada en conjunto y el análisis de las palabras de las mujeres que tienen la experiencia de una IVET, permite la emergencia de una explicación y un entendimiento coherente alrededor de esta álgida problemática.

Las mujeres hablan de los significados que dan a lo vivido; caracterizan la situación que vivieron, las circunstancias, a veces inauditas que la rodearon y la oposición u apoyo que recibieron de personas o redes. En

este capítulo afloran los sentimientos profundos de las mujeres durante todo el proceso que han vivido: lo sorpresivo del problema; sus causas, la búsqueda de soluciones y la toma de la decisión de hacerse la IVET; sus narraciones están cargadas de emotividad. Son relatos que se deben leer y analizar sin prejuicios, sin esquemas predefinidos, para poder entender la vida de las mujeres, sus sometimientos y rebeldías en este sistema patriarcal, sus sufrimientos, sus decisiones íntimas, su falta de autonomía y sus luchas por lograrla. En última instancia aflora la dominación, la subalternidad y la desigualdad de género, que se manifiesta en violencia contra las mujeres que deciden la IVET.

Esta voz de las mujeres lleva a la reflexión, en función del reconocimiento de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos; invita al cambio de percepción para considerarlas no objetos sino sujetos, y a la necesidad de reconocer su autonomía, como personas y ciudadanas que son, dignas de tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo, y de asumir las consecuencias de sus actos. Es decir, respetarlas como seres humanos libres, dignos e iguales. Es el reconocimiento de la dominación orquestada por un sistema patriarcal, con múltiples mecanismos de dominación, frecuentemente violentos; pero también, el reconocimiento de las motivaciones de los movimientos feministas por la igualdad y en esta investigación en particular, el reconocimiento de esa lucha silenciosa de cada una de las mujeres por alcanzar sus derechos y hacerlos realidad.

Igualmente es fundamental tener presente que estas mujeres enfrentan un hecho complejo: un embarazo avanzado no deseado que afecta la salud mental, un embarazo producto de una violación o un embarazo deseado y anhelado pero que se trunca con el diagnóstico de una malformación fetal incompatible con la vida; seguido de las implicaciones que tiene terminar una gestación a edades gestacional avanzadas: la interrupción de la vida del feto dentro del vientre materno y posteriormente hacer un trabajo de parto y parir un feto muerto; sumado al hecho de lo prolongado del procedimiento y sus implicaciones para mantener en secreto el suceso. Indudablemente realizarse una IVET es mucho más complejo desde todo punto de vista que realizarse una IVE.

A partir de este acercamiento, se espera que muchas personas e instituciones logren mayor sensibilidad, conocimiento y compromiso frente al cumplimiento de los derechos de las mujeres, especialmente, garantizando el acceso y atención con calidez y calidad para la IVE y la IVET. Este último asunto se resumirá en el apartado de conclusiones, donde se harán también algunas recomendaciones para cada uno de los actores institucionales involucrados de alguna manera en este asunto, de tanta importancia.



En resumen, se describirán las características del fenómeno o problema central; se disertará sobre el contexto de negación de derechos a las mujeres, especialmente los derechos sexuales y derechos reproductivos, se presentarán las causas que aducen las mujeres para llegar a la práctica de la IVET, y las relaciones o interacciones que se dan en el proceso de la decisión y realización de la terminación tardía de la gestación.

Para finalizar, se abordarán algunas de las consecuencias relevantes que tiene la experiencia de la IVET para las mujeres, especialmente en términos de aprendizaje y de capacidad de empoderamiento para transformar sus vidas e incidir en el cambio social.

Antes de iniciar con la voz de las mujeres, es importante recordar los objetivos de la investigación: comprender los significados de la experiencia de la IVET; caracterizar la situación de enfrentar una IVET; describir las causas y circunstancias que llevaron a las mujeres a realizarse una IVET; describir los sentimientos y emociones que experimentaron las mujeres en el proceso de decisión y realización de la IVET; identificar en las relaciones personales y sociales de las mujeres que participaron en la investigación, los obstáculos que enfrentaron y los apoyos o redes de apoyo institucional y no institucional que intervinieron en su proceso con la IVET e identificar las consecuencias y cambios producidos en las mujeres que decidieron y se realizaron la IVET.

Igualmente es importante recordar las preguntas de investigación: ¿Cuál es la situación que enfrenta una mujer que se somete a una IVET, a la luz de la experiencia de vida de la propia mujer? ¿Cuáles son las causas y circunstancias que llevan a las mujeres a realizarse una IVET? ¿Cuáles dicen las mujeres que son sus sentimientos y emociones, relacionados con la experiencia de la IVET? ¿Cuáles son los significados que dan a su experiencia con la IVET? ¿Cuáles, según las mujeres, fueron los obstáculos y las redes de apoyo institucional y no institucional que intervinieron en el proceso que las llevó a la IVET?

### **6.1. Fenómeno central:**

Enfrentar un asunto tabú que la confronta (consigo misma y con los demás), justificando íntimamente la decisión de la IVET, en un entorno de soledad y secreto, que la lleva a transformar su vida.

### **6.1.1. El tabú**

*...sigue ese tabú tan grande por la parte religiosa, porque si no estoy mal, en la biblia está exactamente el hecho de que el aborto es un pecado. (28 años, sin hijos, soltera, profesional)*

*...lo han prohibido tanto, pero no es un tema tabú, es como lo quieren hacen ver, es como se lo hacen ver a las personas. (26 años, tres hijos, soltera, bachiller)*

*"...las enfermeras empezaron a decirme cosas... ellas iban y me hacían escuchara el corazón, y alguna me dijo: estás escuchando, no te da lástima, por qué lo vas a abortar, no hagas eso, ya está grande, se ve que es una niña... y yo me puse a llorar toda la noche, no dormí, solo lloré." (23 años, 2 hijos, soltera, bachiller)*

### **6.1.2. El enfrentamiento con el significado de los demás**

*Y yo pensaba cuando él (la pareja) me decía que le pidiera perdón a Dios, entonces yo lo miraba y pensaba que él también sabía, entonces aquí el pecado no es mío solamente, como quien dice ¿Él está limpio y yo era la culpable? ... pídale perdón a Dios... él sospechaba que yo estaba en eso (IVET). (33 años, 2 hijos, unión libre, bachiller)*

*a mí me mandaron a una fundación donde no están de acuerdo con el aborto y me dijeron que ellos me daban un apoyo económico... y yo les dije que ellos me iban a ayudar, pero por determinado tiempo y no por toda la vida... (32 años, 2 hijos, unión libre, tecnóloga)*

*Lo más duro, cuando yo salí de aquí... yo dije: ya soy una asesina, ya maté a alguien que no tiene la culpa, cuando llegué al hospital yo no fui capaz de ver el bebé, no fui capaz... en el hospital le expliqué al médico que iba para una IVE, que yo me había hecho la inducción de la asistolia cardíaca fetal y él me grito muy fuerte: cómo así, o sea que usted ya lo mató. (27 años, 2 hijos, unión libre, bachiller)*

### **6.1.3. Las agresiones**

*...esa doctora me dijo que por qué no tenía el bebé, que, si era que no quería tenerlo, y yo le dije que no... me dijo que lo tuviera y que lo diera en adopción, y yo estuve pensando si tenerlo, porque siempre me daba como cosita; yo decía: ¿Será que lo tengo, así mi mamá me rechace por estar embarazada? Pero luego yo decía: no, tampoco; la decisión fue mía, yo no quería tener más hijos. (33 años, 2 hijos, unión libre, bachiller)*

*"...todo fue negativo: la atención, el trato enfermera-paciente, médico-paciente, fueron déspotas, groseros... Y uno dice: no quiero volver aquí nunca más". (28 años, sin hijos, soltera, universitaria)*

#### **6.1.4. La necesidad de las mujeres de justificar su decisión**

Las justificaciones a las que acuden las mujeres son procesos interpretativos de su propia realidad. Por ejemplo, la que acude a colocar su decisión como aprobada por la autoridad divina, y la que justifica la acción por el amor maternal.

En el primer caso, encomendar la decisión de la IVET a Dios, al Dios todo poderoso que determina la vida de las personas, si su realidad es confesional.

*Si... Primero que todo yo me aferré mucho a Dios, pues era su voluntad y después yo sabía que tenía que ir a hacer eso (IVET) porque no quería defraudar más a mi familia... (47 años, un hijo, separada, bachillerato incompleto)*

*Le pedí tanto a Dios que me iluminara para saber si había sido la mejor decisión, y yo sé que fue la mejor decisión (28 años, sin hijos, soltera, universitaria)*

En el segundo caso, la interpretación o justificación se refiere a los hijos.

*...Entonces ellos me trataron de convencer de que no lo hiciera, me mandaron a hacer una serie de exámenes y me decían cosas para que yo cambiara de opinión... yo les decía que no, que económicamente no podía darle un bienestar, ni estabilidad al bebé y un bebé no es como, aquí está y ya. (32 años, 2 hijos, unión libre, tecnóloga)*

*...esa fue mi mayor justificación para tomar la decisión, yo no quería poner a sufrir una bebé a la que yo no podía darle mucho. (30 años, un hijo, soltera, técnica)*

*...porque no hay nada más duro y frustrante como papá, que ver al hijo de uno allá y que uno no puede hacer nada y que tiene muchos cables, que tiene vida artificial... para qué. (30 años, dos hijos, separada, bachillerato incompleto)*

La decisión también se toma por el hijo que se lleva en el vientre.

*...porque no tenía trabajo, el papá de mi hijo no estaba, él no iba a estar al lado de mi hijo, no tenía el apoyo de él en ningún sentido, además mi bebé enfermo y venir al mundo así... y yo sola... (28 años, sin hijos, soltera, universitaria)*

#### **6.1.5. La intimidad y secreto de la decisión de IVET**

La situación que obliga a las mujeres a tomar una decisión secreta, es el tener que enfrentar la subordinación histórica del patriarcado reinante.

Las mujeres se ven avocadas a ser cautelosas y a tratar de actuar sin afectar ese sistema que se iría al unísono en contra de sus decisiones.

*...a mí me interesaba más lo que pensara mi familia; como somos tan unidos yo sabía que les iba a dar un golpe duro, muy duro, y me iban a hacer a un lado, y yo sentía que ese rechazo iba a ser lo último; entonces yo no podía darles esa desilusión; además yo pensaba: estoy sin trabajo... decirle a mi mamá o a mi papá era un pecado, pues ellos son chapados a la antigua; entonces no había salida por ningún lado. (47 años, 1 hijo, separada, bachillerato incompleto)*

*...yo sé que usted es médico y disculpe doctor, pero usted no me puede hablar así, no estoy haciendo nada malo, yo no estoy matando un bebé yo le estoy impidiendo que sufra. (30 años, 2 hijos, separada, bachillerato incompleto)*

La segunda causa por la cual las mujeres toman en secreto y soledad su decisión íntima es porque no son autónomas y dependen del mandato masculino.

*"...que por qué no me detenía, que qué me estaba haciendo el bebé, que por qué le iba a hacer eso, que qué me estaba pagando el bebé para que yo le hiciera eso... en un momentico revolvieron todos mis sentimientos". (26 años, tres hijos, soltera, bachiller)*

*Es que nadie se dio cuenta; mi mamá se dio cuenta ya cuando estábamos en el hospital; nadie se opuso porque nadie sabía". (27 años, 2 hijos, unión libre, católica, bachiller)*

*Nadie; ese tema lo hice solita... Recibí apoyo de cierta manera, pero sin que las personas lo supieran... Nadie se opuso porque eso lo hice solita. (37 años, 2 hijos, soltera, cristiana, bachiller)*

Pero existe una tercera arista y quizá la más importante para explicar la decisión íntima y es el hecho de tomar una decisión que confronta a la mujer consigo misma.

*...quisiera contarle esto a alguien de mi familia, pero no sé, no sé si ellos se vayan contra mí... ya van varios meses... y me pongo a contar para que venga el reproche... y sabiendo que ya no existe esa persona a la que yo le acabé la vida, entonces para qué contarlo; sin embargo, siento que quiero contarlo. (47 años, 1 hijo, separada, bachillerato incompleto)*

*La verdad yo no le conté a nadie, porque yo pensé que eso era de mi pareja y mío, que eso era un caso personal de los dos". (30 años, dos hijos, separada, bachillerato incompleto)*

## 6.2. El contexto

Negación sistemática de derechos sexuales y derechos reproductivos, y estigmatización<sup>26</sup> de la mujer.

### 6.2.1. La negación de derechos

La negación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos por parte de la masculinidad son un hecho frecuente.

*...ese otro señor (papá biológico) intentó violarme... aprovechaba que yo iba sola por el camino y me salía... y yo pensaba que si le contaba a mi abuela me iba a pegar... (37 años, 2 hijos, soltera, cristiana, bachiller)*

*...aquí se ven muchas cosas horribles, el maltrato tanto para niños y mujeres... donde estudia mi niña he visto que un papá le pega a la mamá delante todo el mundo y me dan ganas de cogerlo y... pero uno no se puede meter en esas cosas. (32 años, 2 hijos, unión libre, Tecnóloga)*

En Colombia, una larga historia de guerra y violencias con actuación de diversos grupos armados, ejército, paramilitares, guerrillas, mafias del narcotráfico y bandas criminales, se filtra en la historia de las mujeres que han participado en la investigación.

*...se salvó de milagro... no le tocaba, no era su momento, mi tía fue quien movió a la Defensoría del Pueblo... a él ya lo tenían listo, con motosierra, todo listo, totalmente listo, amarrado. (25 años, sin hijos, soltera, católica, universitaria incompleta)*

Muchas mujeres han sufrido la violación de sus derechos y han sido víctimas de amenazas y de muerte, en este desafortunado contexto, Colombia, tiene una larga historia de guerra y violencias.

*...el muchacho se dio cuenta que yo estaba en embarazo y lo único que me dijo fue que el día que me encontrara, ese día me iba a matar". (26 años, 3 hijos soltera, atea, bachiller)*

---

<sup>26</sup> "Mientras el extraño está presente ante nosotros puede demostrar ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente a los demás (dentro de la categoría de personas a las que él tiene acceso) y lo convierte en alguien menos apetecible –en casos extremos, en una persona casi enteramente malvada, peligrosa o débil-. De este modo, dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado. Un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio; a veces recibe también el nombre de defecto, falla o desventaja" (206).

## 6.2.2. El estigma

*...para mí es un estigma; muchas veces el miedo de las mujeres es que la pareja se aleje cuando pasa esas cosas (feto malformado e IVET)... es el miedo de las mujeres a que el hombre va a pensar que el problema es de la mujer y se consiguen otra. (28 años, sin hijos, soltera, universitaria)*

*...(el médico) entonces viene y habla con todos los demás pacientes y les dice: <esa es de IVE, esa tiene lepra o algo así y va a contagiar a alguien>. Esa situación es como incómoda. (25 años, soltera, sin hijos, universitaria incompleta).*

### ❖ La religión

*...ellas (organización confesional) lo que hacen es destruir a la mujer por dentro, desde el momento que yo fui allá, sentí como que me desmoronaron hasta más no poder. (30 años, un hijo, soltera, técnica)*

*...Entonces ellos me trataron de convencer de que no lo hiciera, me mandaron a hacer una serie de exámenes y me decían cosas para que yo cambiara de opinión... yo les decía que no, que económicamente no podía darle un bienestar, ni estabilidad al bebé y un bebé no es como, aquí está y ya. (32 años, 2 hijos, unión libre, tecnóloga)*

### ❖ La presencia de un Dios masculino todo poderoso

La imagen de un varón que ostenta el máximo poder por sobre todo, está profundamente arraigada en la mentalidad de la población en el Occidente.

*Muy difícil, demasiado difícil porque no tenía el apoyo del papá del bebé a pesar de que mi familia ha estado allí. Dios es impresionante... yo creo que la familia es lo más importante en la vida. (28 años, sin hijos, soltera, universitaria)*

*...yo dije: Dios mío todo va a salir bien; como soy un tanto religiosa fui a la iglesia a charlar con Dios, y le dije: ¿Qué pasa? Te pido por favor que todo salga normal. Pero no... los resultados salieron mal, el bebé tenía síndrome de Down. (28 años, sin hijos, soltera, universitaria)*

*Umm, en ese momento yo sí tenía mucho temor de Dios por lo que estaba haciendo. (37 años, 2 hijos, soltera, bachiller)*

*...la decisión la tomé con mi pareja, pero él me dijo que no hasta lo último; que no lo hiciera; él decía que nos apoyáramos en Dios, que el bebé al final no iba a resultar con esos problemas, y yo decía: yo confío en Dios y creo en él, pero los exámenes dicen otra cosa. (28 años, sin hijos, soltera, universitaria)*

*...entonces yo tuve que ser fuerte y decir no, ésta es mi decisión y yo no puedo voltear a ver a nadie y gracias Dios mío por ponerme esa solución. (47 años, 1 hijo, separada, bachillerato incompleto)*

### ❖ **El contexto institucional**

*...ella (enfermera institución de salud) me obligó, porque el día que me fui a hacer colocar la inyección ella me dijo: niña si usted está con esas dudas ¿por qué no se hace operar? Porque usted está en una edad que ya tiene que hacerse operar. Yo misma le saco la cita y se hace operar... y no me dio la posibilidad de hablar. (47 años, un hijo, separada, bachillerato incompleto)*

*Sí, la gente lo señala a uno y más las enfermeras, ellas creen que uno no se da cuenta, pero sí, uno siente ese rechazo, uno siente el rechazo de las personas y que lo juzgan, uno siente eso. (30 años, dos hijos, separada, secundaria incompleta)*

*...me tiraron allá porque yo estaba aislada de todo el mundo... yo no comí nada ese día porque me iban a hacer el curetaje... el feto estaba pegadito de mí, tapado con unos trapos, eso es más duro para uno... y yo decía: me voy a enloquecer acá; me dejaron sola todo el tiempo.... (27 años, 2 hijos, unión libre, bachiller)*

### **6.2.3. La subvaloración del trabajo reproductivo**

A continuación, podemos deducir la negación e infravaloración del trabajo de reproducción, y la violación de los derechos.

*...porque con mi niño me pasó que perdí un trabajo, por lo mismo; cuando me hicieron una prueba de embarazo como dos meses después del parto, salió positiva, entonces <no, esta muchacha está en embarazo>. (30 años, 1 hijo, soltera, Técnica)*

*...ese señor (se refiere al padre del niño), me hizo la vida imposible, me demandó a la Comisaría de Familia porque yo trabajaba y que no amamantaba al niño, pero yo lo alimentaba al medio día y en la noche y el resto del tiempo tomaba leche de tarro... que el niño aguantaba hambre... en la Comisaría la doctora dijo que el niño estaba bien, que tomaba fórmula, que incluso él tenía que darme a mí una plata para alimentos que él no me volvió a dar... no me daba nada ni para el niño. (33 años, 2 hijos, unión libre, bachiller)*

*Pues él (padre del niño), siempre siguió estudiando, mientras que yo continuaba con el embarazo. (21 años, 1 hijo, soltera, bachillerato incompleto)*

#### **6.2.4. El sufrimiento de las mujeres**

En los siguientes fragmentos de entrevista podemos percibir el sufrimiento innecesario causado a las mujeres por los actores patriarcales ya mencionados, y también, los caminos de la comprensión y el alivio de las culpas.

*...cuando me vi en ese hueco, ellas me dijeron: nosotros somos la voz del bebé y no vamos a colaborarle con lo que usted está pidiendo (la IVET). (30 años, un hijo, soltera, técnica)*

*La tortura. Lo dejaron al lado y me preguntaban que si lo quería ver, y yo que no, y me explicaban que había sido niño, que si me lo quería llevar, y yo decía que no, porque en mi casa nadie sabía. ...Que si me lo quería llevar para hacerle un entierro... Las enfermeras se fueron y me dejaron el feto ahí por varias horas. (27 años, 2 hijos, unión libre, bachiller)*

*...me reconfortó mucho hablar con él, me dijo que tranquila, que era muy fuerte por haber tomado la decisión, que allí tienes todo el apoyo, que no pensara en que había cometido algún pecado... hablar con un integrante de la iglesia que está en ese punto tan grande y que él te diga: tranquila, fue lo mejor que pudiste haber hecho, te hace descansar, realmente fue muy chévere. (28 años, sin hijos, soltera, universitaria)*

*Sí, el apoyo de ella (hermana), siempre estuvo conmigo y me decía: si usted no lo quiere, no está en la obligación tenerlo. (26 años, 3 hijos, soltera, bachiller)*

#### **6.2.5. La rebeldía**

Muestra de la rebeldía contra esta dominación, se percibe en las siguientes expresiones de las mujeres entrevistadas:

*...el médico me dijo que no estaba de acuerdo... yo le dije que no estaba allí para escucharle si estaba de acuerdo o no, que yo estaba allí para que él hiciera su trabajo. (32 años, dos hijos, unión libre, tecnóloga)*

*...esa doctora me dijo que por qué no tenía el bebé, que si era que no quería tenerlo, y yo le dije que no... me dijo que lo tuviera y que lo diera en adopción, y yo estuve pensando si tenerlo, porque siempre me daba como cosita; yo decía: ¿será que lo tengo, así mi mamá me rechace por estar embarazada? Pero luego yo decía: no, tampoco; la decisión fue mía, yo no quería tener más hijos. (33 años, 2 hijos, unión libre, bachiller)*



### 6.3. Posibles causas

Tener que enfrentar tardíamente un embarazo no deseado, por una violación o con feto malformado, lo cual genera un gran sufrimiento.

#### 6.3.1. Enterarse del embarazo en una edad gestacional avanzada, una sorpresa y un dolor

El enterarse de una gestación no deseada, es encontrarse sorpresivamente sobre un escenario no buscado, no deseado, donde no se ha querido voluntariamente estar. Tener que enfrentar tardíamente un embarazo no deseado, además, genera un gran sufrimiento.

La característica que salta a la vista en las entrevistas es que a las mujeres, esta situación problemática las tomó por sorpresa. Las palabras más repetidas son *jamás, nunca, no*.

*Jamás, jamás pensé que me iba a pasar esto a mí, pero me pasó.* (25 años, sin hijos, soltera, católica, Técnica)

*Jamás en la vida pensé, jamás de los jamases, jamases.* (28 años, sin hijos, soltera, católica, universitaria)

*Jamás, jamás me vi en esas, nunca.* (47 años, 1 hijo, separada, católica, bachillerato incompleto)

*No, nunca.* (27 años, 2 hijos, unión libre, católica, bachiller)

*No, ni en el sueño más profundo, no, nunca.* (25 años, sin hijos, soltera, católica, universitaria incompleta)

*No, no, eso no se me pasaba ni por la cabeza.* (39 años, 1 hijo, soltera, católica, bachiller)

Muchas mujeres no habían pensado en quedar embarazadas, algunas quisieron quedar embarazadas, pero nunca pensaron en problemas de malformación fetal, y ninguna había pensado en tener que abortar. Sus planes eran otros: por ejemplo, su desarrollo personal y familiar.

*No, nunca lo pensé; siempre pensé primero en estudiar, tener una carrera, trabajar, casarme (llanto), tener mis dos hermosos hijos, y eso es toda una vida; nunca pensé que (la vida) me iba a traer niños enfermos... Nunca pensé en abortar porque como te digo, yo voy en contra de eso, pero hasta que uno no está en esa situación, uno no puede juzgar.* (21 años, 1 hijo, soltera, cristiana, bachillerato incompleto)

Fue inesperado el embarazo, porque estaban seguras de su conocimiento de sí mismas, de su calma, de su autocuidado, de su estabilidad, de su adultez.

*Ah, no, no nunca, de hecho, me cuidaba demasiado, cuando tomaba... Soy una persona muy estable... Gran negación... sí, nunca lo creí. (38 años, 2 hijos, soltera, católica, bachiller)*

*No, yo nunca me imaginé... primero porque soy una mujer muy calmada en cuanto al sexo, yo no estoy aquí, allí, allá, ino!... segundo, yo me he cuidado mucho en esa parte y yo no lo veía venir... uno sí pensaba, si a uno se le va la luz mmm... qué hacer, bueno actuar rápido... yo nunca me imaginé que la situación se me fuera a salir tanto de las manos, con tanto tiempo de embarazo, nunca me vi en esa situación, inunca! (30 años, 1 hijo, soltera, católica, técnica)*

*No, jamás pensé que me fuera a pasar y menos ahora... yo nunca tuve un verdadero susto de que pudiera estar embarazada, hasta ahora. Me pasó de grande y no de niña, cuando era más irresponsable, cómo es que me pasa ahora... Nunca pensé que me fuera a pasar. Yo sí creo que uno, independientemente del estrato, es susceptible a que le pase, porque por muy racional y mucho conocimiento que uno pueda tener, hay momentos en que uno se deja llevar y no piensa en eso; es muy humano que le puede pasar a cualquiera... todas tenemos momentos en que la embarramos y yo pensé que no cuajaba y de hecho muchas veces hablaba con amigas y varias pensaban eso... que yo era estéril. (30 años, sin hijos, soltera, atea, universitaria)*

*...me conozco demasiado y nunca planificaba porque yo sabía; me daba más duro la ovulación que el periodo (menstruación)... Cuando empecé relaciones yo sabía cuándo quedaba en embarazo... Nunca lo pensé, seguro que nunca lo pensé (IVE). (38 años, 2 hijos, soltera, católica, bachiller)*

### **6.3.2. Causas de la decisión tardía de interrupción de la gestación**

La decisión de terminar con la gestación, de manera tardía, se debe a múltiples hechos y circunstancias, entre los cuales las mujeres refieren experiencias que se pueden organizar dentro de estos tres asuntos:

#### **❖ Autopercepción del embarazo: negación y desconocimiento, durante un tiempo que sobrepasa las 21 semanas.**

Es tal la sorpresa y el desconcierto que muchas mujeres entran en un estado de negación de la gestación.

*Ya casi al tercer mes me hicieron una ecografía y ahí fue donde ya, decía que estaba (embarazada) y yo decía que no, que era imposible, en ese lapso me hicieron tres ecografías. (38 años, 2 hijos, soltera, bachillerato)*

*Digamos que yo estuve en negación mucho tiempo (del embarazo), yo muy dentro de mí sabía, pero no lo quería aceptar o no era capaz de aceptarlo. (30 años, sin hijos, soltera, profesional)*

*Es más, fue cuando lo sentí, porque de hecho yo negaba, yo decía que esos aparatos (ecógrafos) estaban malos. (38 años, 2 hijos, soltera, bachillerato)*

Usualmente al recibir la noticia del embarazo no lo pueden creer, su pensamiento previo lucha con la realidad que se les devela e inician un proceso de hacerse conscientes de la situación.

*"...igual, como mi periodo era bien irregular, me venía cada tres o cuatro meses, no le paré bolas a eso" (39 años, 1 hijo, soltera, bachiller).*

Sin embargo, cuando tal atraso persiste, comienza la angustia y se ve obligada a acudir a consulta médica.

*"...estaba con una persona y yo estaba planificando; yo no pensé, no pensé que iba a quedar (en embarazo) así no más..." (33 años, 2 hijos, unión libre, católica, bachiller).*

### ❖ **Malformaciones fetales y Violación Sexual: terribles sorpresas**

Frente a estas situaciones, muchas mujeres no logran reaccionar prontamente para tomar la decisión de la IVE y al pasar el tiempo entonces, deben recurrir a la IVET.

Escuchemos a las mujeres y observemos las razones que tienen para llegar a la decisión de la IVET, cuando su feto viene con malformaciones.

*Nunca se me pasó por la mente que lo tuviera que enfrentar y mucho menos voluntariamente. Para mí fue lo peor, la verdad yo pensé que el mundo se me iba a acabar, se me venía al piso... Yo sentí que el corazón se me despedazaba en mil pedazos, porque yo nunca me imaginé que yo iba a pasar por esa situación; jamás en mi vida se me ocurrió que yo iba a quedar embarazada de un bebé que tuviera problemas. Nunca pensé que iba a tener que decidir entre la vida del bebé y la vida mía... yo decía: el bebé nace y se muere y yo me voy con él, porque lo voy a cuidar donde esté... (30 años, 2 hijos, separada, católica, bachillerato incompleto)*

Las malformaciones fetales, usualmente en embarazos deseados, descubiertas tardía o tempranamente, pero con procesos diagnósticos innecesariamente exhaustivos y lentos, llevan a una negación del diagnóstico de la malformación incompatible con la vida, por parte de las mujeres, y de sus familias. Sólo luego de vivir este largo proceso de valoraciones, la mujer llega a la absoluta necesidad de tener que tomar una decisión con respecto a la terminación de la gestación.

*Yo nunca esperé llegar... y que me dieran una noticia así (malformación fetal), porque yo esperaba que me revisaran y regresarme, entonces una noticia así, para mí fue muy difícil, demasiado difícil. (28 años, sin hijos, soltera, profesional)*

*En la primera ecografía se descubrió que el líquido cefalorraquídeo estaba en su límite, se preocuparon, entonces yo dije: como así que viene el líquido al límite, yo sé de eso porque tengo un niño con hidrocefalia... ellos me preguntaron: ¿Cómo así, tienes otro (hijo) aparte de éste? Sí claro... Me hicieron otra ecografía más avanzada para aclarar la situación... yo ya pensaba en que si venía con la hidrocefalia, debía tomar rápidamente la decisión, porque era un bebé que estaba creciendo... En la ecografía se determinó que había aumentado más el líquido... Yo decidí de una terminar la gestación... En el puesto de salud ya me lo habían planteado... Yo todo el tiempo pregunté que si el bebé venía con la condición... que si yo sí lo podía abortar, y me decían que sí, que lo podía abortar... (22 años, 1 hijo, soltera, cristiana, bachillerato incompleto)*

En un acto de amor extremo la mujer decide la IVET para evitar sufrimiento, carencias y menosprecio por parte de la sociedad hacia el nuevo ser.

*La expectativa de vida del niño... Ninguno de los médicos que me trataron me decían: no mira este niño va a tener un tratamiento largo y a partir de ahí él va a ser un niño normal... No había una esperanza para uno decir: sí, válido que yo me arriesgue a tenerlo vivo... Yo partí de que no era justo obligarlo a vivir, ni obligarme a pasar por la situación y vivir toda mi vida eso; yo estoy en una etapa productiva y quizá pueda tener otro bebé después... Estoy sana y esperaba un hijo sano; uno está alegre, está contenta, qué alegría... Me pateaba, yo le hablaba, que se calmara, yo le ponía música... Cómo era posible que me digan que no... Incluso no tenía tejido cerebral... No era que vamos a operar los piecitos y quedó bien, no, era algo que desde el cerebro no venía bien... Para mí no era opción aferrarme y decir que quería tener un hijo a como diera lugar... Este no era un niño que fuera a sobrevivir y que fuera a llegar a una edad adulta; no era una persona que fuera a depender de sí misma, así fuera para comer o para levantarse o para dormir... Puede que la gente diga que es falta de ética, porque uno tiene que recibir lo que venga; pero también me parece una falta de ética no darle a un hijo una buena calidad de vida. (25 años, sin hijos, soltera, católica, universitaria incompleta)*

*El proceso fue supremamente duro porque en la ecografía de detalle y en los exámenes todo indicaba que el bebé estaba normal... el doctor que me realizó la ecografía me dijo: tu bebé está completo pero, yo lo miraba y veía que el doctor tenía como una duda, se le notaba en la cara, por más que trataba de tranquilizarme, entonces yo lo miré y le pregunte si algo estaba mal, y él me dijo que tenía mucho líquido amniótico... Desde ese momento yo sentí como que algo no estaba bien, tenía una espinita a pesar de que yo quería estar tranquila, pero pensaba que al doctor algo no le gustaba, no estaba tranquilo... El doctor dijo: tenemos que empezar a descartar, no te preocupes no pasa nada, todo va a estar bien. Yo trataba de negar, decía todo está bien, no lo quería asumir, pues mi*

*mamá y mi pareja estaban muy ilusionados y yo internamente sentía como un malestar. En ese momento comprendí muchas cosas que no eran normales en este embarazo, por ejemplo, la fatiga, la respiración era muy difícil... cuando el doctor me dice descartemos una diabetes gestacional, yo confirmé que sí pasaba algo y la familia siempre dándome ánimo... Me realizaron otra ecografía, tenía polihidramnios<sup>27</sup>... y me recomendaron una amniocentesis, porque de que pasa algo, pasa algo... Me hospitalizaron y me realizaron todas las intervenciones... debía esperar los resultados, eran como quince días y yo en ese tiempo empecé a pensar, empecé a sentirme un poco mal... Yo dije: Dios mío todo va a salir bien y como soy un tanto religiosa, de ir a la iglesia, charlar con Dios, decirle: ¡Hey! qué pasa, Te pido por favor que todo salga normal. Pero no, los resultados habían salido malos... yo en ese momento sentí frustración, llanto, pregunté por qué a mí... El bebé tenía síndrome de Down... además los perinatólogos diagnosticaron problemas cardíacos y del tracto traqueo esofágico". (28 años, sin hijos, soltera, católica, universitaria)*

*Me dijeron que el bebé tenía una malformación muy grave y que no había forma de salvarlo, no había forma de ponerle pulmones... El doctor me dijo (que) si acaso viviría dos años, con oxígeno todo el tiempo... Pero no sabemos si sobrevivirá al parto, no sabemos si tiene otros síndromes, porque creemos que puede tener síndrome de Down y otros síndromes. Yo no entendía nada, porque no sabía bien las enfermedades. Empecé a investigar, porque tenía que saber qué era lo que estaba pasando. Investigué en internet y leí todo lo que estaba pasando y ahí sí entendí, porque cuando me dieron la noticia, yo me cerré y dije no, yo no voy a abortar, voy a continuar con el embarazo... Cuando investigué... ya asimilé la idea y decidí abortar... busqué en internet y había bebés que sí operaban de eso; pero cada vez que lloraban, los deditos se les ponían moraditos y les faltaba oxígeno, se ponían muy mal. Un bebé que no podía jugar, que no iba a poder crecer, que no iba a tener vida; la alegría de un niño cuando está pequeño es que pueda salir corriendo y jugar, brincar y disfrutar de cada cosa... Me puse a mirar todas esas cosas y yo iba aterrizando. Fue como cuando usted se estrella contra un muro... Pensé que no iba a ser capaz de interrumpir el embarazo; pero ese día vi que sí, que había que hacerlo, y le expliqué al papá y me dijo: sí hay que hacerlo... Porque ya había entendido y asimilado que un bebé enfermo no puede venir a este mundo para que viva unos pocos años y el problema más grande para toda la familia es cuando le cogen aprecio a una persona que en cualquier momento se te va, o que uno sepa que se va a morir, eso es prolongar un dolor porque usted ya sabe que se va a morir... Yo me quería ir con él, yo lloré mucho cuando me hicieron la IACF; pero cuando yo llegué a la clínica donde me iban a hacer la cesárea, yo llegué*

---

<sup>27</sup> Acumulación excesiva de líquido amniótico.

*tranquila y duré tres días con el bebé en el vientre... (30 años, 2 hijos, separada, católica, bachillerato incompleto)*

*No, yo no tenía ni idea de que existía la IVE... el doctor en el hospital me dijo que el feto venía mal, que había posibilidades de que naciera enfermo y me preguntó que si sabía que podía interrumpir el embarazo... le dije que estaba muy avanzada la gestación y él me dijo que igual lo podía interrumpir y me envió a mi aseguradora. (39 años, 1 hijo, soltera, católica, bachiller)*

La violación sexual es una violencia que la mujer no espera; es una sorpresa terrible ser víctima de este delito y es más terrible cuando la mujer se entera que quedó embarazada de esta relación sexual que no fue consentida.

*No, nunca; siempre crecí en mi familia y (con) mis mejores amigos, entonces nunca pensé que me fuera a pasar alguna cosa con ellos (violación); pero por cosas de mi Dios pasaron. ... Una noche uno de mis amigos consumió droga, licor y llegó y se metió al cuarto donde estaba yo con mi compañera y a las dos nos abusó; a sus dos amiguitas... Seguimos trabajando cuatro meses más para reunir lo del pasaje, nos regresamos, llegué aquí y fui al hospital porque me sentía muy mal, muy cansada y pensaba que de pronto había traído algún virus... Yo le comenté a la psicóloga la verdad y no me prestó mucha atención... Pedí una cita y hablé con la doctora; me mandaron unos exámenes y ahí fue cuando me di cuenta de que tenía cinco meses de embarazo... Empecé el control prenatal para ver cómo estaba yo y mi bebé; llevé los exámenes, pero siempre le manifesté a la doctora que en mis planes no estaba tener más hijos y menos en la forma como ocurrió; la doctora me envió con la psicóloga y le manifesté que yo no quería tener este bebé, que yo no lo quería, yo no lo quería, por cómo fueron las cosas, como pasaron las cosas, porque me fui con unas metas y regresé con otras... y ahora llegar a mi casa y decirle a mi familia lo que me pasó era muy difícil... Las circunstancias y lo que pasó (violación), en el momento que uno quiere dormir tranquilo y no puede, porque se le viene a uno todo a la cabeza, por todo lo que te hicieron pasar, entonces uno no quiere, no puede (estar embarazada). ... Siempre, desde que la doctora me comentó el método, le dije que sí, desde el primer momento que ella dijo que había un procedimiento le dije que sí, que yo lo quería tomar, pues con el embarazo siempre tuve como esa rabia, esa cosita que no me dejaba ser feliz. (26 años, 3 hijos soltera, atea, bachiller)*

En medio de su dolor y humillación por haber sido violada, la mujer comprende que no quiere el embarazo, pero se demora en tramitar su dolor, duda si arriesgarse a contar el hecho, duda en arriesgarse a denunciar y todo se va demorando mientras la gestación avanza.

*No, no, nunca pasó por mi mente. No, no, no mejor dicho yo en ese momento no lo creía... Los médicos, el psicólogo, la jefa, el médico general que me revisó, todos muy queridos y ellos me decían: yo siendo usted demandaba a esa persona, porque le hizo un daño, porque no fue voluntario... Yo no quería hacer eso, porque me daba miedo, temor. Me decían: usted está en todo su derecho de hacer lo que quiera y la vamos a ayudar, pero también debe denunciar a la persona que la violó. La doctora me dijo: no, si no lo quiere hacer no lo haga y nosotros estamos en el deber de ayudarle en lo que usted quiere hacer; lo otro es un consejo del doctor, pero si usted no lo quiere hacer no lo haga. ...en la religión y como uno lee la biblia, sabe que es una vida, pero yo pensaba: cómo voy a traer una personita yo sabiendo de donde viene y el recuerdo que siempre iría a tener (violación), también pensé mucho en la sociedad y en el trabajo, fueron varias cosas las que me llevaron a tomar la decisión. ... como uno lee la biblia, sabe qué es una vida, pero yo pensaba... (37 años, 2 hijos, soltera, cristiana, bachiller)*

#### ❖ **Presiones externas**

Muchas veces las mujeres llegan a la decisión de la IVET, por la presión externa de factores sociales o económicos, como la violencia de pareja o intrafamiliar.

Veamos el caso de violencia por parte de la pareja:

*Con mi pareja mi vida tampoco es muy buena que digamos, entonces otro hijo en mi vida no; yo ya me operé, yo ya no me veo con más hijos, no quiero más hijos, eso fue lo que me llevó a tomar la decisión de que no; en mi vida yo no me veía con otro hijo, entonces tomé la decisión. (27 años, 2 hijos, unión libre, católica, bachiller)*

La violencia de la pareja hombre contra la mujer, es un problema que viene de generación en generación. Las mujeres la han vivido en carne propia o ajena, muy cerca y desde la infancia.

*Mi mamá le dijo que estaba embarazada y entonces ese señor se enojó y la llevó a donde mis abuelitos y les dijo que se hicieran cargo de esa marrana, que él no iba a engordar marranos en la casa, y entonces mis abuelos recibieron a mi mamá durante ese embarazo. (37 años, 2 hijos, soltera, cristiana, bachiller)*

Alguno de los fenómenos de los que se hacen conscientes las mujeres durante el proceso de tomar la decisión de la IVE o la IVET, es la violencia de pareja que actúa como detonador para afirmarse en tal decisión.

*...a mí no me importaba... pero a raíz de lo que me pasó yo entendí que estaba con una persona que no me quería, que no le importaba, y yo me puse a pensar: qué estoy haciendo con este hombre que me mira feo, que todo lo que hago no le sirve, que si yo me mato para tener todo en*

*la casa, nada está bien. (30 años, dos hijos, separada, bachillerato incompleto)*

Simultáneamente, la violencia y la coerción sobre las mujeres pueden actuar como un significado que prevalece, e impide la ejecución de la decisión tomada, para consultar al servicio de salud, o para proceder con la terminación de la gestación.

*...yo, en cierta parte, si quería planificar, porque yo en el momento no quería tener bebés, pero era una manera en que él me podía controlar (no dejándola planificar) ... (21 años, 1 hijo, soltera, cristiana, bachillerato incompleto)*

Las mujeres sometidas a violencia por parte del hombre y de la sociedad, tienen que valorar dichos hechos lesivos y asumir una decisión al respecto

*...yo haciendo el desayuno y él empezó a decirme sus frases, entonces le dije: que se pusiera en eso y lo iba a demandar. Y ese señor (el compañero) se me vino encima y cogió un cuchillo y me amenazaba con que me lo iba a enterrar... (33 años, 2 hijos, unión libre, católica, bachiller)*

Por desconocimiento o la ausencia del padre.

*Pienso que fue una buena decisión para mí, porque de solo pensar de que el niño hubiera nacido y de que yo me hubiera encontrado con otra pareja, no hubiera sido igual el amor para los hijos de él, como para los hijos de otro hombre, el niño hubiera crecido sin saber quién era el papá, aunque con la mamá le basta, pero mentiras, no es lo mismo; ese era mi pensar. (25 años, sin hijos, soltera, católica, técnica)*

*Yo no iba a tener un muchacho que no sabía quién era el padre, porque eso fue un accidente y quedé embarazada. No podía tenerlo y me di de cuenta cuando ya tenía mucho tiempo y eso fue porque yo le daba teta a mi hijo y cuando yo fui al médico y pregunté por qué no me había venido el periodo, me dijeron que, porque yo estaba amamantando, por eso yo nunca le paré bolas a eso. (23 años, 2 hijos, soltera, santería, bachiller)*

*Cualquier día los senos se me pusieron así (grandes), no me llegó el periodo, pero me relajé porque pensé que estaba cerrando edad, sí, me relajé. Llegó el otro mes y tenía los senos muy horribles, con unas bolas horribles... y icómo que en embarazo!, porque yo no tenía a nadie. Relajada me fui para donde el médico... me mandaron unos exámenes... y me hicieron la prueba de embarazo... yo decía que no, que yo no estaba en embarazo, que yo no tenía pareja, que yo no tenía a nadie... Este es el momento que yo no sé quién es el papá del bebé... No pensaba que estuviera en embarazo... Al tercer mes me hicieron una ecografía y ahí fue cuando me dijeron que estaba en embarazo... y yo decía que no, que era imposible; en ese lapso me hicieron tres ecografías... Soy honesta: yo no recordaba haber estado con alguien... Yo no tenía pareja, si hubiera*



*tenido un novio y hubiera quedado en embarazo yo me hubiera metido unas pastillas, algo hubiera hecho... si hubiera tenido una cita en el mismo mes yo me hubiera dado cuenta, me conozco mucho... El médico me dijo que estaba en embarazo y que el bebé estaba muy grande... Creo que fue de las cosas más duras de mi vida; por qué, dónde, quién fue... La decisión fue muy dura porque mi mamá me regañaba; yo no quería bebés; pensaba mucho y el ginecólogo me dijo que se podía, que era muy sencillo... La decisión es demasiado dura, demasiado, demasiado... tomé la decisión, estaba decidida, empezaba y no era capaz, y volvía a iniciar, fue muy horrible. (38 años, 2 hijos, soltera, católica, bachiller)*

*Me decían que cuando naciera sería diferente, que le iba a coger cariño, pero yo no me sentía así, porque yo no sabía siquiera de quién era. Yo... no me acordaba... yo no hubiera podido terminar con el embarazo, así pudiera, me hubiera dado algo. (25 años, sin hijos, soltera, técnica)*

A veces, la violencia y la represión a la mujer, proviene de grupos armados que le impiden actuar a la mujer de forma oportuna para interrumpir su embarazo.

*Una mujer fue retenida por un grupo armado y dejada como esclava sexual al servicio de un grupo de 50 hombres que la violaron en múltiples oportunidades; ella logró escaparse seis meses después, y cuando regresó a su ciudad de origen, se dio cuenta que tenía 20 semanas de gestación; solicitó la IVE y se demoró seis semanas en lograr su cometido debido a múltiples trabas administrativas del sistema de salud<sup>28</sup>.*

La pobreza, el desempleo, la necesidad de la mujer de tener tiempo para trabajar como imperativo para la sobrevivencia, y un futuro sin seguridad económica, son factores que influyen en la decisión de la IVET:

*Yo vengo en una situación demasiado precaria en mi casa, donde si hoy tengo una panela, mañana no la tengo... Mi madre sólo paga el arriendo y el resto mire a ver qué pasa... La salud mía está mal, yo sufría de una enfermedad muy dura... y con el embarazo se complicó todo. Me despertaba en la madrugada con ganas de vomitar y vomitaba sangre... Yo económicamente no puedo, porque a veces me veo a gatas para sostener a mi familia y yo decía: otro bebé, pañales... el papá de este bebé no lo supo... Para mí las cosas eran claras; él tiene hijos que viven con la mamá, él está separado... Yo también tengo y ambos sabíamos que no podía haber más hijos... Si yo voy y le digo: estoy en embarazo, él me va a decir: "yo le dije"... Hay que ser muy realista, los hombres de hoy en día ya no están... Yo decía: Dios mío enfrentar un embarazo, no puedo trabajar en embarazo, porque en qué empresa me van a recibir con semejante barriguita... sé que tan difícil es sacar adelante un bebé una sola. Yo no he producido leche, que yo dijera es que el niño se sostiene*

---

<sup>28</sup> Diario de campo de esta investigación.

*solo... Es comprar leche, la ropa, es pagar todo eso. Yo me imaginé el futuro, yo vi este bebé nacido, sin nada que darle, ni ponerle, porque no tengo y entre más días avance el embarazo va a hacer peor porque no puedo trabajar; no puedo hacer nada económicamente para ir solventando las necesidades, no puedo. Esas fueron mis mayores justificaciones para tomar la decisión... Yo no quería poner a sufrir un bebé que yo sabía que no podía darle mucho... Esas fueron las principales razones para mi decisión... Igualmente mi familia... sí iba a ser algo muy difícil... es más, me atrevería a decir que ellos me hubieran dado la espalda, porque me lo han dicho muchas veces "no más hijos", y más en la situación que estamos, y sola otra vez pues no... Yo no podía asumir que iba a tener otro niño, porque yo no tengo la capacidad económica en este momento para tenerlo, entonces yo nunca me vi con otro niño... sería por mí tranquilidad o descuido o estaba confiada en el tema de las pastillas. (30 años, 1 hijo, soltera, católica, técnica)*

*...le dije (al médico), yo no tengo ayuda, ni apoyo económico de nadie, me toca trabajar y es difícil para mí esta situación, así como para ella (la bebé), esto no va a ser vida, ni para ella ni para mí. (39 años, 1 hijo, soltera, católica, bachiller)*

*A ver, yo sí pensaba mucho, yo decía: qué pesar, es mejor tenerlo, yo decía: pero es que, si lo tengo, después es peor, no le puedo ofrecer mucho, entonces lo mejor es que no nazca... Yo no me veía con otro hijo, entonces mi decisión fue que el aborto era la mejor solución... la principal razón fue el no tener dinero para darle lo que necesitaba el bebé y también porque pensaba en los problemas con el esposo y con otro niño en la casa. ¿Las razones? Lo económico. Yo decía: otro hijo son más gastos, qué vamos a hacer... si le damos a uno qué le vamos a dar a los otros... (27 años, 2 hijos, unión libre, católica, bachiller)*

Las barreras impuestas por el sistema de salud hacen demorado el trámite para que la gestación se interrumpa prontamente, llegando ésta a prolongarse por varias semanas antes de que la mujer sea atendida.

*"Desde que decidí terminar con el embarazo hasta que me lo hicieron, pasaron de tres a cuatro meses (por trámites con la EAPB)" (32 años, 2 hijos, unión libre, tecnóloga).*

Estos obstáculos institucionales son tortuosos. También se nombra la falta de personal de salud especializado para realizar los procedimientos que las mujeres necesitan.

*"¿Y no habrá más médicos? Dijeron no; le dije: ¿Será que no hay más especialistas (para la IVET)? (39 años, 1 hijo, soltera, bachiller).*

Y existen más obstáculos, por ejemplo, los relacionados con la desinformación sobre los servicios de salud o los desplazamientos o viajes que las mujeres tienen que realizar para lograr su objetivo.

*Yo no tenía ni la más remota idea, y mucho menos que llegara hasta tener que salir de la ciudad para hacerme el procedimiento; jamás se me pasó por la mente, porque a mí me dijeron que aquí me lo hacían... Cuando me dijeron que no me lo hacían, que ningún médico se iba a arriesgar a hacérmelo, para mí fue como que ya no podía hacer nada... me tocó decir que estoy en embarazo... tenía placenta previa y fue tanto mi susto de que mi familia supiera, que yo firmé un retiro voluntario del hospital... yo llamé al coordinador de la EAPB y le dije que necesitaba ayuda, que yo me sentía mal, que yo había salido del hospital por un retiro voluntario... Yo me empecé a preocupar más y fui más insistente con el coordinador: yo necesito que me solucionen... (32 años, 2 hijos, unión libre, católica, tecnóloga)*

Inclusive, se hallan testimonios de diagnósticos médicos equivocados.

*El doctor me decía que era el colon y me mandaban pastillas, empecé a aumentar de peso y yo tomaba pastillas, hacía dietas, me purgaba, pensé que era aumento de peso y el colon, hasta que un día me fui por urgencias y una doctora que me dijo: usted está en embarazo. (47 años, 1 hijo, separada, bachillerato incompleto)*

Existen además un conjunto de razones que conduce a la decisión de la IVET, si no, como todo en la vida, un conjunto de razones que se entrecruzan.

*La situación difícil que vivía con mi compañero, las dificultades económicas, el maltrato, y por el otro lado, lo que mi mamá me había dicho: si usted está embarazada no me vuelve a pisar la casa; y eso me afectó mucho. Esas fueron las razones, pero también por mí... Yo qué iba a hacer, yo ya con hijos y sabiendo que me quería operar. Entonces yo tomé la decisión, no había vuelta atrás, ya era una decisión que yo había tomado. (33 años, 2 hijos, unión libre, católica, bachiller)*

*Yo pensaba tantas cosas... yo pensaba en la familia, en el trabajo, yo me mantenía llorando y pensando... y todo eso me lo tragué yo sola. Yo me vine a desahogar y lloré todo lo que quise con el psicólogo... Me mandaron la ecografía, la doctora me decía: no lo podemos hacer acá porque ya tiene muchas semanas y es muy riesgoso, tenemos que mandarla para un lugar seguro. (Le dije) Sí, yo voy donde tenga que ir. Cuando me mandaron para la IVET conté con personas que me brindaron mucha confianza, desde que yo empecé hasta que terminé. Yo pienso aún en la religión, leo la biblia y sé que es una vida; pero yo pensaba: cómo voy a traer una personita; también pensé mucho en la sociedad y en el trabajo, fueron varias cosas las que me llevaron a tomar la decisión. (37 años, 2 hijos, soltera, cristiana, bachiller)*

Aquí es donde más hay que afinar el oído para escuchar las razones íntimas y personales de las mujeres, esas razones, que son las menos respetadas porque pertenecen a su ejercicio de libertad plena; se expresan como “no estoy preparada para eso”.

*No podía con este embarazo porque yo no estaba preparada, ni psicológica, ni física, ni emocionalmente para tener un bebé, no lo estaba, no había esa emoción de mamá, yo no tenía la capacidad de encariñarme, yo estaba totalmente decidida a que eso no era lo que yo quería en este momento de mi vida. Ya tenía mis niños y cómo tener otro niño; esa tarea ya había terminado. Yo no estaba en condiciones ni física, ni mentalmente; no estaba preparada para tener un bebé. Yo no quiero y no y no y me sostuve ahí. Me veían tan decidida a terminar con el embarazo, que ellos empezaron a buscar... y yo decía: de aquí no me muevo hasta que no me ayuden, porque ustedes me dijeron que me iban a ayudar... (Las mujeres que se enteran) lo juzgan mucho a uno, pero no era tanto eso, sino que yo como mujer no me sentía preparada para tener otro bebé, yo decía: no más, yo no quiero más hijos. (32 años, 2 hijos, unión libre, católica, tecnóloga)*

#### **6.4. Relaciones de acción e interacción**

Acorraladas en medio de la culpa buscan ayuda, y tienen necesidad de mentir; a veces logran encontrar respaldo en personas que acompañan y no juzgan, y logran sostenerse en su decisión a pesar del predominio de un entorno adverso.

##### **6.4.1. Inter-acciones a favor y en contra de la decisión de la IVET**

Se identificaron las redes de apoyo, pero en este proceso también emergieron las redes que se oponían a la IVE y que ejercían mecanismos para tratar de hacer que las mujeres cambiaran su decisión.

##### **❖ Interacciones con quienes obstaculizan**

En muchas ocasiones, las personas con quienes tienen que interactuar las mujeres, complican y obstaculizan su decisión de la IVET.

*Si una mujer queda embarazada, una mujer como yo que estudié, que me gradué, que soy clase media, que tuve educación sexual y quedé embarazada, entonces...<hay que ser muy estúpida para quedar embarazada>, esos son los comentarios que yo he escuchado. (30 años, soltera, sin hijos, profesional)*

En muchas ocasiones la oposición se encuentra en la propia familia:

*"Mi cuñada se opuso" (22 años, 1 hijo, soltera, cristiana, bachillerato incompleto).*

También se tiene la percepción de que los hombres son quienes más recriminarían la decisión por la IVET y que las mujeres podrían comprender y apoyar más, aunque en la realidad, no siempre es así.

*Yo creo que todas (las mujeres me ayudaron), porque mi amiga tenía el contacto perfecto, hizo todo y que todo pasara súper rápido, más compresiva y amorosa, entonces mi amiga. La doctora que me atendió, la psicóloga y toda la gente del hospital y el médico que me hizo la IACF... obviamente la recriminación al aborto viene mucho de los hombres... uno siente más rechazo del hombre, como que la mujer puede empatizar más fácil con uno... yo agradecí por todo, yo esperaba que en algún momento me iba a tocar alguien difícil y que yo iba a tener que defenderme o aguantar algún comentario, pero todo el mundo fue muy lindo, me sentí muy afortunada porque en todo el camino encontré personas muy comprensivas. (30 años, sin hijos, soltera, atea, universitaria)*

#### **❖ Insuficiencias y deficiencias en la atención institucional**

Los "paseos" que mandan a dar a las mujeres entre una entidad y otra, son, no sólo una molestia y un irrespeto, sino que a veces, se convierten en un "paseo de la muerte". Alguna mujer comentó que se sintió como "pelota rebotada de un lado para otro, porque dicen que no les toca":

*"De la EPS<sup>29</sup> me mandaron para una clínica y luego para otra clínica, que eso no les tocaba, que eso era otro proceso (la IVET)". (30 años, separada, 2 hijos, secundaria incompleta).*

Otro problema es que muchas mujeres no tienen apoyo económico para los viajes o traslados que tienen que hacer y muchas viven en precarias condiciones, vienen de lejos, sufren desplazamiento o condiciones de incapacidad y están solas. Las mujeres pobres, las mujeres rurales que no manejan recursos propios, las azotadas por la violencia, hablan por medio de esta entrevistada.

*"... de la EAPB sólo me apoyaron con el pasaje para desplazarnos a la otra ciudad, inclusive solo autorizaron hasta otra ciudad y fue en flota, ni siquiera tuvieron en cuenta el estado en que yo estaba, porque se me dificultaba hasta respirar... no cubrieron acompañante, todos los gastos de acompañantes y de hotel, fueron gastos personales, de mi bolsillo, a mí solo me autorizaron los dos pasajes para ir hasta allá.. y de la ciudad*

---

<sup>29</sup> Recordemos que desde la Ley 1438 de 2011 se pasó de las EPS (Empresas Promotoras de Salud) a las EAPB (Empresas Administradoras de Planes de Beneficio). Sin embargo, en el lenguaje popular se siguen denominando EPS, por ello aparece esta sigla en boca de las mujeres entrevistadas.

*para ir al hospital que era en otro municipio, no nos dieron nada, nos tocó cubrirlo a nosotros.” (28 años, sin hijos, soltera, católica, universitaria)*

Si bien ya hemos escuchado varias quejas contra las enfermeras por su agresividad, he aquí un testimonio sobre un médico, como pudieran ser muchos.

*Ese día había un médico que se puso súper furioso y dijo que no, que cómo iba a hacer la IVET. La psicóloga me dijo que no todas las personas tienen deseos de tener un hijo, por ejemplo, yo ya tengo una hija y yo no me veo con otro hijo, además, me decía ella, para usted es muy duro porque usted ya estaba operada, usted ya tenía su plan de vida organizado, usted no se ve con otro hijo porque usted se operó, usted no lo esperaba. Otra cosa hubiera sido que usted no planificara, no se cuidara, ahí si le hubiera tocado hacerse cargo... usted ya no se ve con otro hijo, pero ese médico se pegó mera enojada y me mandó para otro hospital y allí, un señor me puso a pensar mucho, pero mi decisión siguió firme. El señor me decía que esa no era la mejor solución, que habían otros métodos, que lo tuviera y que lo podía dar en adopción, que ellos tenían un programa donde tenían acompañamiento a los padres que querían adoptar el bebé y que ellos, cuando el bebé naciera, como yo no lo quería, se lo podían entregar a ellos, pero yo estaba decidida a que no lo quería tener, esa era mi decisión... El psicólogo y la enfermera fueron los que siempre me apoyaron. Los del centro de atención se opusieron, pero él médico decía: que sí, la decisión de ella es firme y se debe hacer el procedimiento. A mí me sometieron a varias pruebas; la psicóloga empezaba a hablar y yo tenía que dar mis puntos de vista y ella estudiaba si sí era verdad que el embarazo me estuviera impactando, en cuyo caso daba su aprobación, pero si veía que yo lo podía tener normal, que mi capacidad mental no iba a estar afectada, entonces ella decidía que la IVET no se hiciera, pero si ella veía una incapacidad, un impedimento, ella analizaba y entonces ella daba su aprobación. (27 años, 2 hijos, unión libre, católica, bachiller)*

También el que hizo la ecografía.

*...el que me hizo la ecografía quería que yo siguiera con el embarazo pero yo dije que no, yo no quería seguir... y él me dijo que no pensara en mi hijo con hidrocefalia, sino que le pidiera mucho a mi Dios y que dejara que siguiera el embarazo, porque a veces podían haber milagros... yo estaba tan deprimida, no tenía el apoyo de mi pareja, en mi familia casi nadie sabía por lo que yo estaba pasando, entonces yo me sentía sola emocional y físicamente, y me mandaron al psicólogo... él hizo como un gesto de <imposible que usted siga con el embarazo>, incluso me asustó por lo avanzado del embarazo, no me lo podían hacer en el centro de salud, me tenían que remitir a un hospital... me asusté aún más, pregunté a él por qué y él me dijo que allí estaban de acuerdo con la IVE, pero que por lo avanzado del embarazo ya era imposible hacérmelo allí.*

*Inmediatamente fui donde la doctora del puesto de salud, le comenté el caso, le dije que hasta el psicólogo había estado de acuerdo con terminar el embarazo y le pedí ayuda y me resolvió en el transcurso de la semana. (22 años, 1 hijo, soltera, cristiana, bachillerato incompleto)*

La oposición de la ginecóloga, apoyo de la psicóloga.

*La ginecóloga, ella me dijo que no, que cómo se me ocurría hacer eso, que era una vida la que yo tenía dentro, que era mi hijo, que pensara bien lo que iba a hacer, que para ella no era correcto lo que iba a hacer... yo le dije: pero qué hago... me mandaron donde la psicóloga y la psicóloga me pregunto qué por qué había tomado esa decisión y yo le expliqué todos los motivos y ella me dijo: es una decisión tuya, solo tú decides, no tienes por qué dejarte influenciar de nadie, es algo que tu corazón quiere hacer... llegó un momento en que me senté y lloré, no sabía qué hacer, no sabía que decisión tomar... era un riesgo que yo tenía que correr y yo me encomendé mucho a Dios, mucho, mucho, mucho a Él. (39 años, 1 hijo, soltera, católica, bachiller)*

Una vez tomada la decisión de realizarse la IVET, y para salir del laberinto, hay que buscar ayuda de manera desesperada, pues se piensa que dicha posibilidad no existe de manera legal y segura. Se utilizan generalmente las redes sociales, cayendo a veces en manos de organizaciones y personas que intentan por todos los medios posibles hacer cambiar la decisión de la IVET, exponiendo a las mujeres otras versiones de la vida, otros símbolos.

*...sin embargo, cuando se dio a conocer la solicitud a la EAPB, en algún momento me llamó una señora diciendo que era la psicóloga del hospital. ...ella es como activista de una fundación católica que se empecina en que uno cambie de idea a la fuerza y al final te dice que uno es un asesino, que te estás yendo en contra de lo que dice Dios, algo que uno no necesita en ese momento, algo que te deja destrozado. (28 años, soltera, sin hijos, profesional)*

De igual manera, por algún medio no claramente conocido, intervienen personas de instituciones de carácter religioso que usualmente emplean todos los medios posibles para hacer desistir a las mujeres de su decisión de realizarse la IVET. Sobre este asunto es conveniente leer el siguiente testimonio extenso.

*Cojo el celular y empiezo a buscar... aparece una página (de Internet) donde dice: podemos ayudarte con tu embarazo no deseado... decía los métodos para abortar... hablan de un tubo succionador donde usted se imagina lo peor y más con el tiempo que yo tenía, hablan de matar el feto... en el líquido amniótico, en un proceso que dura doce o dieciocho horas... luego raspaban y sacaban todas las partes del feto, menos el cráneo porque no salía... ahí te explican las cosas más terribles... yo llamé*

*y pedí una cita y me respondió una señora muy amable: sí, claro que si mi muñeca, dígame cuando pueden venir... yo pensaba que ahí me iban a ayudar y ahí iba a empezar todo este proceso para yo tomar la decisión... pero no, me encuentro con la señora, la casa era callada, había una pieza totalmente cerrada a la entrada... luego me entrevisté con una señora mayor... y ella empezó a hablarme y me preguntó toda mi información personal, cuánto tenía de embarazo y entonces abrió un cofrecito muy bonito y sacó unos fetos hechos en silicona muy dócil, como piel y de color piel... me sacó desde el más pequeño hasta el más grande... tomó el más grande y me lo puso en las manos, pero yo no fui capaz de cogerlo, yo lo puse en la mesa... me dijo: ¿Por qué no lo coge? Porque no quiero, no quiero darme más palo... yo entré llorando allá y salí destruida totalmente... Luego me dice: te voy a leer algo, una carta que decía algo así: yo sé que mi mamá quiere renunciar a mí, pero yo quiero vivir, estar con ella... yo lloré y lloré y lloré, derramé las lágrimas que nunca en mi vida había derramado... Luego me dice: le voy a poner un video, y yo dije: jamás, eso no lo acepto, no me vaya a mostrar videos de nada que no quiero verlos... me dio un agua y yo no la recibí porque ya tenía cierta desconfianza... Yo le hago una pregunta clave: ¿Usted no me va a ayudar con lo que yo estoy buscando? Y me dijo: no, nosotros somos la voz de su bebé, nosotros acá no le vamos a hacer nada a su bebé... Yo sentí que el mundo se me iba por un hueco... Me leyó otro artículo donde me decía los riesgos que yo estaría asumiendo al abortar a la edad de cinco meses... que yo iba a quedar con cáncer, inapetencia sexual... ella leyó un poco de cosas, que podía perder hasta la vida... Yo me tranquilicé un poquito y al ver que no me iban a ayudar, yo dije: salgo de acá y sigo buscando... Luego me dice: vamos a conocer el gerente del lugar, era la pieza que estaba cerrada, la abrió y vi un cristo gigante con la estampa de un niño pegada como para que usted se sienta mal, tenía un oratorio y muchos ángeles, una estatua de la virgen María con el bebe, con el niño cargando... Me dijo: este es el gerente de este lugar... Usted cómo se imagina que yo me sentí entrando en ese lugar... sí yo también soy católica, ahí sí me desmoroné, yo no lo podía creer, yo decía ¡Dios mío!... Salí sintiéndome lo peor de lo peor... Lo último de toda la conversación que tuvimos fue que otra señora me contó un testimonio: ella tuvo un hijo y luego se hizo operar, luego el hijo se le murió y ella no podía creer... Al final ella me dijo: ¿usted cómo se siente? Y yo dije: destruida totalmente... Ahí ya empieza la parte como bonita de ellos... antes yo había expresado que era la situación económica... y entonces ellas dijeron: nosotras tenemos unas reuniones los sábados de casos como el suyo, acá vienen ya con sus bebés, nosotros les brindamos una ayuda... si no tiene para el ajuar, nosotros le damos el ajuar, no tiene para el mercado, enseguidita se va a llevar un mercado... sí me dieron unas bolsas de mercado que les agradezco, porque en esta situación mala a mí me sirvieron demasiado... ellas esperaban de que con lo que ellas me habían hecho, yo ya no iba a tomar esa decisión e iba a seguir yendo*



*todos los sábados a contarles cómo iba mi proceso ya con el bebé... Yo les dije: es que no es solamente el ajuar, es de ahí para adelante, ustedes no van a estar todo el tiempo supliendo mis necesidades... ellas insistían que yo tenía que continuar con el embarazo y la verdad yo no podía, yo no puedo, yo no puedo... todo terminó en que ellas me iban a seguir ayudando mientras yo siguiera yendo allá... Lo que yo me encontré allá fue totalmente diferente a lo que venden por internet... usted cree que allá le van a hacer lo que usted quiere que le hagan, pero allá es la voz del bebé... cambian la decisión de las personas, gente que quería venir a hacerlo ya tienen sus bebés... son señoras muy encamanduladas... mientras usted entra a la casa no se ve nada religioso, es sólo hasta que abren esa habitación... en esa habitación se encuentran los ángeles, los santos, el agua bendita, la vela, el oratorio... es una habitación sólo para eso. Para mí fue un choque muy fuerte porque uno va con una decisión y te encuentras con esto que hacen ellas y ofrecen ayuda, pero es una ayuda de un mes... ellas destruyen totalmente a la mujer... así me sentí, me desmoronaron hasta más no poder... ellas me hundieron, ellas me destrozaron totalmente... (30 años, 1 hijo, soltera, católica, técnica)*

La crisis las lleva a ser conscientes de la decisión que están tomando, a ser conscientes de su valentía, pues han desafiado todo en lo que ellas y su entorno creían.

*...yo sé que usted es médico y disculpe doctor, pero usted no me puede hablar así, no estoy haciendo nada malo, yo no estoy matando un bebé, yo le estoy impidiendo que sufra. (30 años, dos hijos, separada, bachillerato incompleto)*

*...pero yo digo que es la decisión de cada uno, porque es como el dicho, nadie sabe la cruz que otros llevan, entonces yo no puedo saber la cruz que ella está llevando, ni por qué lo quiere abortar. (27 años, dos hijos, unión libre, bachiller)*

*...las circunstancias no fueron las mejores, pero acabo de tomar una decisión y espero que la respeten y si no están de acuerdo lo siento, pero es como yo me quiera sentir, no es como ustedes me quieran ver a mí. (26 años, tres hijos, soltera, bachiller)*

### **❖ Interacciones con quienes favorecen la decisión de las mujeres**

La mayoría de las mujeres que deciden la IVET, no cuentan con una red de apoyo personal, pero en algunos pocos casos pueden contar con una red de apoyo muy íntima, como una hermana, la mamá o el compañero, que las apoya y acompaña durante todo el proceso y que se convierten en una ayuda invaluable para las mujeres.

El apoyo de la madre.

*...cuando ya me dijeron que tenía que ir y que tenía que llevar un acompañante, me tocó decirle a mi mamá que me acompañara, a pesar de que yo con mi mamá nunca he tenido una buena relación. (39 años, 1 hijo, soltera, católica, bachiller)*

*Mi madre supo, solamente ella y... sí, ella me apoyó hasta el último momento al ver que yo sufría. Mamá es que yo no puedo. Ella me preguntó que qué iba a hacer, me dijo que averiguara, pero como tenía muchas semanas, ya no se podía hacer nada, entonces me resigné, yo dije pues tocó. Y mi mamá dijo: pues sí... Recibí una llamada y me dijeron que sí podía hacerme la IVET... Nadie se opuso porque a nadie más le conté. (25 años, sin hijos, soltera, católica, Técnica)*

*Nadie en la familia (se enteró), mi mamá lloró mucho y me dijo que eso era muy duro; ella también había perdido un bebé de ocho meses pero luego de haber nacido; ella me dijo que ella sabía por lo que yo estaba pasando, y yo le dije que porqué me habían juzgado tanto cuando yo les dije que estaba embarazada... yo no les quería contar y llorando le dije que yo no tenía el apoyo de ellos por la forma como me trataron, no me importaba lo que ustedes me dijeran... no me interesaba si les dolía o no, lo único que me importaba era lo que yo quería y tomé la decisión y lo hice... mi mamá lloró mucho, pero me dijo que estaba bien porque el niño era pequeñito para que lo chuzaran y lo operaran. (30 años, 2 hijos, separada, católica, bachillerato incompleto)*

Apoyo de la hermana o de las primas o de la hija.

*No, nadie... o de pronto mi hija, aun cuando ella no sabía de esa situación, ella me decía: mami ve esto... Lloraba, me organizaba, me sentaba con ella y yo me desahogaba... Pero ella no sabía... (38 años, 2 hijos, soltera, católica, bachiller)*

Apoyo de la pareja.

*...él siempre me acompañó en todo (el compañero), para las citas nos íbamos a pie porque vivíamos en la colina... (21 años, 1 hijo, soltera, cristiana, bachillerato incompleto)*

*Bueno nadie lo sabía, únicamente mi esposo, la parte administrativa de la EAPB y yo, independientemente del acompañamiento psicológico que me brindaron, el seguimiento para mi esposo... que era el que me aguantaba, me soportaba, él era el que sabía por qué era el mal genio que yo tenía y yo me desquitaba con él... él me acompañó mucho y me toleró... él lo que hacía era quedarse ahí y aguantarme cuando yo estaba con rabia, me aguantó mucho... Sí, él me apoyó mucho... la parte administrativa al ver mi decisión, nunca me cuestionaron y el coordinador me decía: yo te voy a ayudar, yo te voy a ayudar... él también estuvo apuradito... porque yo le decía: míreme, ¿no sabe qué hacer, verdad? Me dijo: no, yo no sé qué más hacer. Él me mostraba todos los correos que había enviado, me mostraba todas las cosas que hacía y las negativas*

*que recibía... no sabía que más hacer. (32 años, 2 hijos, unión libre, católica, tecnóloga)*

*No ninguna, ninguna... Mi compañero fue y me llevó las cosas que necesitaba, pero él no fue una persona importante para mí... de pronto él sabía lo que yo estaba haciendo, pero no fue una persona importante en este momento, no. (33 años, 2 hijos, unión libre, católica, bachiller)*

*El papá del bebé, él estuvo siempre ahí. (30 años, 2 hijos, separada, católica, bachillerato incompleto)*

*Debido a todos los problemas que yo he tenido con el papá del bebé, mi mamá cambió conmigo, como quién dice, para que ésta abra los ojos... ella empezó a notar mis cambios y me dijo que había un comentario: que usted está embarazada y si usted está embarazada no me vuelva a pisar la casa, porque usted es una mujer muy tonta para volver a tenerle un hijo a ese señor. Yo me fui para mi casa a llorar y llorar y él me preguntó que por qué lloraba. Yo respondí que, por nada, pues yo no quería contarle que estaba en embarazo. Yo le dije a mi mamá que yo no estaba en embarazo, que en mi cabeza no estaba tener un bebé. Estábamos en una situación económica muy mala y él estaba estresado y me dijo: yo creo que usted está embarazada y yo le respondí que no... Yo no quería tener el bebé, el rechazo de mi mamá y la sospecha de él... Él me acompañó a la IVET y yo pienso que él sí sabía a qué iba yo y dejó que yo procediera. (33 años, 2 hijos, unión libre, católica, bachiller)*

Apoyo de las amigas. Más que la familia, son las amigas las personas en quienes más encuentra apoyo la mujer, en esos momentos difíciles.

*...igualmente después estuvieron muy pendientes (tres amigas) de cómo me sentía, porque dicen que uno puede estar triste, que le puede dar depresión. (30 años, sin hijos, soltera, atea, universitaria)*

*En mi familia nadie lo supo, nadie lo sabe y creo que nadie lo sabrá. Solo una amiga estuvo al pie mío... Entonces nadie se opuso a la decisión, no... (30 años, 1 hijo, soltera, católica, técnica)*

*Mi familia no se enteró, tengo unas muy buenas amigas, ellas supieron y de hecho una de ellas me acompañó en el proceso... afortunadamente nadie se opuso... (30 años, sin hijos, soltera, atea, universitaria)*

Apoyo de una veedora ciudadana. En una de las ciudades de Colombia, existe esta excelente experiencia de la Veeduría ciudadana para el cumplimiento de derechos sexuales y reproductivos a las mujeres. He aquí un testimonio al respecto.

*El procedimiento con la IPS... pero llegué a la doctora por una de mis amigas a la que le pasó un caso de aborto y la doctora me ayudó con todo el proceso, pero ella no es de ninguna institución, es una doctora particular... también tuve varias llamadas de una veedora ciudadana, no*

*sé de qué organización exactamente... hablé con ella, me llamó para ayudarme con todo, para saber cómo iba todo, cómo me sentía, si me estaban poniendo obstáculos y cuando pasó, también que cómo me sentía, como había sido todo. (30 años, sin hijos, soltera, atea, universitaria)*

### **❖ Las redes de apoyo institucionales para las mujeres que deciden la IVET**

El apoyo de personas en las instituciones de salud. Estos apartes de entrevistas hablan de psicólogas y psicólogos, de médicas y enfermeras que fueron amables, comunicativas, dieron información eficaz y estuvieron al tanto del proceso individual de las mujeres.

*Solamente mi apoyo fue en el hospital, la psicóloga de allá habló mucho conmigo y yo estaba en tratamiento porque tenía una crisis depresiva grave... el psiquiatra habló mucho conmigo y me dio mucho apoyo... pero no hubo otras entidades que me apoyaran... (30 años, 2 hijos, separada, católica, bachillerato incompleto)*

*En el puesto de salud me dijeron que tenía derecho a la IVET y después fue el psicólogo. (22 años, 1 hijo, soltera, cristiana, bachillerato incompleto)*

*... de la psicóloga del hospital, la doctora y la psicóloga de la IPS que ha estado muy pendiente... la psicóloga del hospital; ni el instituto de Bienestar Familiar, ni la defensoría del pueblo, ni nadie más, solo ellos, solamente ellos. (26 años, 3 hijos, soltera, atea, bachiller)*

*Una enfermera del centro de salud, con ella investigamos donde apoyaban el aborto y empezamos los trámites por ese lado. ... ella era súper comprensiva, ella me decía: yo te entiendo, dale para adelante, lo que tengas que hacer, yo no te juzgo, nadie sabe lo de nadie y si lo tiene que hacer hazlo, ella fue mi apoyo, mis lágrimas, mi todo, porque en mi familia nadie sabía, entonces ella era mi único desahogo, fue mi mayor apoyo. (27 años, 2 hijos, unión libre, católica, bachiller)*

*Para mí la psicóloga, ella fue una excelente persona... la doctora que hizo todo el proceso de la EAPB... esas dos personas para mí fueron fundamentales en el proceso. ...de la IPS y Profamilia porque yo cuando tomé esa decisión fui a Profamilia, allá fue que me dieron la orientación, qué hacer, cómo hacer. (37 años, 2 hijos, soltera, cristiana, bachiller)*

Como en el anterior testimonio, varias mujeres nombran instituciones, no personas. Las instituciones mencionadas fueron Profamilia y Médicos sin fronteras.

En el camino de la IVET también las mujeres se encuentran en las instituciones, con seres humanos que las comprenden, las orientan amorosamente y las acompañan sin juzgar en las instituciones.

*"...con el psicólogo si me fue muy bien, él me ayudó muchísimo e incluso una estudiante de medicina también me ayudó". (25 años, soltera, sin hijos, técnica)*

Algunos-as profesionales de la salud, procuran que las mujeres tengan toda la información necesaria para que tomen o se reafirmen en su decisión. Una vez tomada la decisión de la IVET, las conducen por las vías institucionales, de tal manera que se vean sometidas a la menor cantidad de prejuicios y agresiones posibles y logren al final cumplir su decisión.

*...el psicólogo me ayudó, me dijo que yo, no estaba cometiendo ningún delito, que no era malo para mi vida... él me habló de una manera muy abierta y sinceramente me sirvieron demasiado las palabras de ese psicólogo, porque de lo contrario estaría en la depresión total. (30 años, 1 hijo, soltera, técnica)*

A veces encuentran personas que escuchan y que son conscientes de que el proceso de decisión es un camino delicado de las mujeres en diálogo consigo mismas y con otros.

*Los médicos y familiares, todos me apoyaron, todos pensaban en mí. ... de la misma IPS, posterior al procedimiento me dieron ayuda psicológica. (28 años, sin hijos, soltera, Testigo de Jehová, universitaria)*

*Eso fue lo que me ayudó a mí, el psicólogo: él me ayudó mucho, no me juzgó solamente me preguntó el porqué de mi decisión. ...Solamente fue que me guiaron, pero cuando supe que ya no podía hacer nada, fue cuando me llamó la psicóloga del hospital. (25 años, sin hijos, soltera, católica, Técnica)*

#### **6.4.2. Interacción consigo mismas**

La interacción más delicada es la que entablan consigo mismas. Al sentirse sorprendidas y acorraladas por un embarazo tardío, situación que no es buscada y, por el contrario, se presenta como una situación totalmente impuesta, inesperada, que altera total y radicalmente la vida que se vive en ese momento, entran como en un laberinto sin salida, que las hace, incluso, pensar en la decisión extrema de suicidarse, como única salida posible ante tan compleja situación.

*"(Al saber que estaba embarazada) yo ya estaba mal, yo de ahí ya estaba mal, de ahí comencé muy mal doctor, yo intenté suicidarme dos veces". (47 años, 1 hijo, separada, bachillerato incompleto).*

### **6.4.3. Interacción con las personas significativas de su entorno**

La otra interacción que se observa es la que sostienen con las personas más significativas de su entorno. Las mujeres no las quieren hacer sufrir:

*"...cómo le voy a decir a la gente o a mi familia... quien es el papá y que el embarazo es producto de una violación, eso desataría mil cosas...". (23 años, soltera, 2 hijos, bachiller).*

### **6.4.4. Interacción de la mujer con el "nuevo ser"**

Ahora viene la interacción más difícil, la nueva relación, la relación inesperada con un ser que no conoces siquiera, pero que "te habita".

*...cuando me dijeron las malformaciones del feto pregunté que si no había forma de salvarlo, de ponerle unos pulmones y el médico dijo que no. (38 años, soltera, 2 hijos, bachiller).*

*...yo digo no voy a traer al mundo una persona para que venga a sufrir (feto malformado). (32 años, unión libre, 2 hijos, tecnóloga).*

*...yo sola para ese niño y correr con todas esas cosas si hubiera nacido enfermo... y asumir tanto sufrimiento y hacer sufrir a mi hijo, y ver sufrir a mi hijo, eso iba a ser peor. (28 años, soltera, sin hijos, profesional).*

### **6.4.5. Interacciones con Dios**

Para muchas, el "Temor de Dios", se agrega al problema que se les viene encima; sufren por la preocupación, el susto, la culpa y el arrepentimiento. Tienen la sensación de estar haciendo las cosas mal, piden perdón, dudan de ser perdonadas.

*Yo decía: Dios mío, como el temor porque como soy católica y creyente, tengo temor de Dios, sé que para Dios no es bueno lo que hice, quizás me perdone y todo el asunto, pero ya tengo mi mancha. (30 años, soltera, un hijo, técnica)*

*En ese momento yo sí tenía mucho temor de Dios por lo que estaba haciendo, pero a la vez también pensaba: yo no puedo seguir con esto, poner a mi familia a sufrir... Yo pensaba tantas cosas, me van a hacer tantas preguntas... Yo a mi mamá la quiero mucho... ella tuvo muchos hijos y nunca hizo eso (IVE), y ella decía quién era el padre... Pero yo cómo voy a decir quién es el padre; yo pensaba en el problema que se me iba a venir encima y como le iba a negar a mi familia quién era el padre... Yo sabía que mis hijos no me iban a juzgar, porque hacía varios años que me había separado del papá de ellos... Si hubiera conseguido pareja podría decir: voy a tener un hijo y él es el papá, como hizo mi mamá... Yo pensaba cuando mis hijos me empezaran a hacer preguntas*

*y cuando esa misma personita me preguntara quién era su papá, yo que le iba a decir... Yo estaba preocupada y asustada, yo veía que todas estaban saliendo del hospital y solo quedamos dos y la otra señora me decía: será que esto es un castigo de Dios, mire que las otras ya se fueron y nosotras nada, entonces yo desde mi cama le decía: pídale perdón a Dios porque qué más podemos hacer... Luego salió ella y yo de verdad si le pedí a Dios que me ayudara, que me iluminara... sería que lo que estaba haciendo estaba mal... y pedía perdón y prometí que trataría de que esto no volviera a pasar... (37 años, 2 hijos, soltera, cristiana, bachiller)*

*...yo le pedí perdón a Dios y le dije que no podía tenerlo y mi decisión era no tenerlo. (23 años, soltera, 2 hijos, bachiller)*

*Por lo que le hice (al feto) y por lo que hice (la IVET), solo sé que él (Dios) me va a juzgar y en mi manera de pensar... no sé, pero no tengo mucha posibilidad (de ser perdonada). (47 años, 1 hijo, separada, católica, bachillerato incompleto)*

En esta relación con la divinidad, sin embargo, aparece un diálogo confiado en el cual, frente a la propia divinidad (masculina de la religión judeo-cristiana), surge la propia decisión de la mujer:

*"...yo lo hice, porque era mi deber; yo como persona y madre le pedí mucha sabiduría a Dios, que me iluminara para tomar la mejor decisión y creo que me escuchó, porque sé que tomé la mejor decisión". (28 años, sin hijos, soltera, Testigo de Jehová, universitaria)*

También aparece la figura de María la madre de Dios (virgen) a quien se invoca y se pide ayuda en momentos desesperados. Finalmente, los seres del mundo superior son quienes iluminan y ayudan a tomar la decisión de la IVET, para la mujer que toma su decisión y se encomienda.

*Yo fui donde la virgen con mi hermano que estaba enfermo y yo le dije: si la niña está bien que sea lo que Dios quiera, déjamela aquí, pero si la niña está mal, si es para venir a sufrir o voy a pasar necesidades con ella, en tus manos la pongo. Me encomendé a ella, a la virgencita... Me hicieron ecografías y me dieron el diagnóstico: venía con hidrocefalia. Le pedí a Dios que me iluminara y yo también investigué en internet y la niña no iba a tener una vida normal. Yo no sabía qué hacer y le pedí a Dios que me ayudara a tomar la decisión. No le pregunté a nadie, ni pregunté que tenía que hacer, nadie sabía en mi casa. (39 años, 1 hijo, soltera, católica, bachiller)*

#### **6.4.6. Las interacciones con el personal de salud**

El camino hacia la realización de la IVET no está libre de obstáculos, pues una vez superadas las barreras ya mencionadas para el acceso a la

asesoría y a la orientación adecuada, viene el proceso de atención médica para la realización de la IVET.

*(El médico) nos insultó a las tres y nos dijo delante de todas las demás muchachas que estaban dando a luz normalmente que lo que nosotros estábamos haciendo estaba mal. (32 años, unión libre, 2 hijos, tecnóloga).*

Para la mayoría, terminar con un embarazo no es admisible, es motivo de rechazo y repudio; la mayoría enaltece la reproducción y denigra del aborto; subvaloran a las mujeres.

*"...son comentarios que se hacen entre ellos y no creen que uno escucha, sus miradas... esos gestos y esas cosas que hace la gente que lo maltrata a uno, porque uno en ese momento, está en un momento de dolor" (30 años, 2 hijos, separada, secundaria incompleta).*

Muchas personas pertenecientes al sistema de salud juzgan prejuiciosamente a las mujeres.

*...mi mamá me acompañaba y la sacaban porque decían que las mujeres que se hacen eso (IVET) no podían tener acompañamiento. (25 años, soltera, sin hijos, técnica).*

*...como paciente uno no lo ve de ese modo, uno está metido en la emoción, uno está metido en el dolor, y uno tiene que escuchar los juicios de valor moral que tenga un médico. (25 años, soltera, sin hijos, universitaria incompleta)*

Sin embargo, las mujeres no claudican y continúan adelante a pesar de las adversidades, de los malos tratos, y la falta de comprensión de la mayor parte del personal de la institución de salud.

*...una de ellas (enfermera) me dijo que yo no estaba en trabajo de parto... Y yo le dije: ¿Entonces en qué estoy yo? Y se quedó callada... ¿Yo qué tengo adentro... o acaso me lo va a dejar ahí? ... yo estaba con mucha rabia, me estaban tratando tan mal, que estaba que me paraba y me iba. (25 años, sin hijos, soltera, Técnica)*

#### **6.4.7. Interacciones, emociones, sentimientos y la necesidad de la mentira en las mujeres que afrontan la IVET**

Es necesario adentrarnos en las emociones y sentimientos que rodearon la toma de la decisión y la realización de la IVET. Se hace un énfasis en la cuestión de la mentira como una necesidad, según las palabras de las mismas mujeres.



## ❖ Los sentimientos y las emociones

En la dinámica de las interacciones sociales, las mujeres con sus diferentes grados de significación sobre la maternidad, en un determinado momento, y con la dificultad para tomar la decisión de la IVET, experimentan diversas emociones y sentimientos: rabia, odio, frustración, temor, vergüenza, culpa, desesperación, dolor, asco o amor infinito, compasión, entre muchos otros.

*...también es un sentimiento encontrado, porque siento todavía un poco de culpabilidad por no haber esperado que pasara un milagro; eso es lo que yo siento en estos momentos, pero estoy consciente que fue la mejor decisión. (28 años, soltera, sin hijos, profesional)*

Existe miedo al dolor, pero el dolor físico es menor que el dolor psicológico del rechazo y la culpa que te quieren hacer sentir las demás personas.

*Más era el miedo al dolor que el sentimiento, pero fue un dolor tolerable, no tenía nada de sentimiento... Y como lo hacen que no se escucha nada, sólo miran en la pantalla si se detuvo (el corazón) o está latiendo... eso me parece muy bien. Pero no, no sentía, sentimentalmente no sentí nada... Me sentí tranquila, solamente era el temor al dolor, pero fue un dolor muy tolerable y no sufrí nada... Me enviaron al hospital para el parto y allá me fue muy mal, porque allá rechazan mucho a las mujeres que se hacen la IVET... Cuando yo llegué me preguntaron por qué lo había hecho, me dijeron que iba para partos porque el niño tenía que nacer... Estuve varios días. Yo no quería, pero preciso me tocó... mi mamá me acompañó y la sacaron porque decían que las mujeres que se hacen eso no podían tener acompañamiento; las auxiliares de enfermería eran las que decían eso y sacaron a mi mamá; a mí me dio mucha rabia y las traté mal porque... ¿caso era decisión de ellas? Después yo escuché que ellas decían que cómo se le hacía eso a un bebé, pero ellas qué van a saber... (25 años, sin hijos, soltera, católica, técnica)*

Hay gran sufrimiento porque hay alrededor personas que le dicen que es "malo" el tomar la decisión de la IVET, y no comprenden.

*Ay no, horrible, horrible y sufrí bastante; yo nunca había sentido tanto dolor, porque había gente que me decía cosas, que lo regalara, que lo tuviera, pero nadie entiende y eso me ponía mal; cada vez que una persona me decía que no lo hiciera, que era malo, que eso iba a estar en mi consciencia. Pero es peor traer un muchacho al mundo a pasar trabajos... (23 años, 2 hijos, soltera, santería, bachiller)*

El llanto acompaña generalmente las narraciones, porque hay tristeza, sentimiento de ser víctima de la injusticia, peso de grandes responsabilidades, frustración, depresión, temor al desprecio u odio de la pareja, sentirse "desahuciada" y perder las ganas de vivir.

*Pues mucha tristeza, porque otro bebé igual (malformado)... Y saber que, era lo mismo que tiene mi bebé (llanto)... entonces yo no podía tenerlo (llanto), porque se me ha hecho muy difícil cuidar a mi hijo y soy una mamá muy joven (llanto)... no es fácil tener un niño así (llanto) y que venga otro igual es peor; es que no es vida, no es vida ni para el que está, ni para el que viene, ni para mí, ellos no son ataduras pero son una responsabilidad muy grande (llanto) y yo tan joven (llanto todo el tiempo)... No sé qué pensar, tú sabes señor, no me hallo, sería injusto porque no les puedo dar la calidad de vida que ellos se merecen... Yo nunca pensé en abortar, siempre pensé primero en estudiar, tener una carrera, trabajar, casarme (llanto), tener dos hermosos hijos, y eso es toda una vida, nunca pensé que me iba a traer niños así... porqué yo... nadie en la familia tiene esto... nunca pensé en abortar porque yo estoy en contra de eso, pero hasta que uno no está en esa situación uno no puede juzgar... ahora la situación está difícil y no es justo porque no estoy en condiciones de darle calidad de vida al bebé... es un mar de sentimientos, es tristeza, en ningún momento sentí alegría, uno en eso no siente alegría porque no es así (llanto)... todo el tiempo me sentí deprimida, todo el tiempo lloraba, le pedía mucho a mi Dios, veía a mi hijo (llanto), siempre me vi deprimida porque no supe si mi pareja iba a volver, o qué iba a sentir al verme sin barriga o si él me iba a detestar más, odiar, o me iba a demandar, porque él me mintió en muchas cosas, entonces aún más me sentí triste, me sentí desahuciada, hasta llegó un punto en que quería como no vivir más (llanto), pero siempre me ha detenido mi hijo, él es el que me sostiene.... (22 años, 1 hijo, soltera, cristiana, bachillerato incompleto)*

Las mujeres que afrontan la IVET se sienten mal porque se sienten juzgadas por los demás, con daño en su reputación, presionadas para que no hagan lo que deciden, deficientemente atendidas, irrespetadas en su capacidad de decidir. Un momento duro y bastante complicado.

*O sea mal, porque muchas personas no lo ven como lo ve uno, es muy fácil juzgar, siempre lo he dicho, es tan fácil juzgar y dañarle la reputación a una persona y es muy difícil devolvérsela... siempre me decían: usted por qué lo hace, no lo haga, usted por qué es así... un día le dije a una enfermera: usted no sabe lo que pasó, usted no sabe cómo me siento yo, cómo me he sentido para que usted me diga no lo haga; y le voy a pedir un favor, si en serio no quiere darme la cita o atender mi cita, que lo haga otro médico que no me siento cómoda con usted, que me haga preguntas, que me cuestiones, que me reproches lo que voy a hacer, porque la verdad no estás en el punto de juzgarme, aquí estas para atender una persona y no te debe importar el motivo por el cual yo lo voy a hacer, solamente debes hacer tu trabajo y ya... Muchas personas rechazaron mi decisión... Sí, en el momento bastante duro, ya empecé a hablar con la psicóloga, me decía que era cuestión de tiempo, que dejara que las personas lo asimularan, que esperáramos a ver qué pasaba, pero*

*la verdad, fue bastante complicado. Bastante, bastante. (26 años, 3 hijos, soltera, atea, bachiller)*

Es un momento en que sufren el abandono de la pareja, la desilusión. También los planes se vienen abajo y se siente culpa, mucha culpa.

*A mí, a mi esposo y a mi familia nos dolió, porque ya estaba la ilusión de toda la familia, fue un sufrimiento para todos; yo sufría porque el papá de mi bebé me dio la espalda una vez nos enteramos del embarazo... Yo me apegué más a la ilusión de ser mamá y tener mi hijo... a pesar del sufrimiento por el abandono, yo estaba muy feliz con mi embarazo... Yo ya tenía planes y los planes se me vinieron abajo, eso fue un sufrimiento para mí... Luego de la IVET la vida no siguió igual... hay muchas cosas de las que uno se concientiza, uno piensa diferente... y digo: será que algo hice mal, pero como no sé lo que hice mal... al comienzo sentía mucha culpa y quizás hasta ahora, sí sentía mucha culpa por lo que pasó con el niño... yo me enteré del embarazo cuando tenía tres meses... me siento culpable, porque los tres primeros meses del embarazo es cuando el feto se desarrolla completamente, yo no tomé los medicamentos, no me cuidé, anduve en moto, tomé licor... no me cuidé... todo esto me hizo sentir culpable... hasta ahora yo me pregunto por qué a mí, por qué a mi hijo... y me siento culpable y digo: será que yo tomé, sería por los miomas, porque no tuve reposo, porque no me tomé las vitaminas a tiempo... son muchas preguntas... (28 años, sin hijos, soltera, Testigo de Jehová, universitaria)*

Los demás les han hecho daño y ellas también se hacen daño. Sin embargo, renacen poco a poco como el ave Fénix de sus cenizas.

*Uno trata de evadirse a su propia conciencia, pero la conciencia siempre está ahí... Después de que pasó el parto, porque realmente viví un parto, a mí me provocaron los dolores más duros del mundo, el parto fue de una bebé de casi libra y media... Yo me sentí de lo peor... Este fue el primer varillazo; yo dije: ¡Dios mío! Yo interrumpí voluntariamente la vida de una bebé que estaba sana; la otra chica había guardado la esperanza hasta el último momento y vio que no se podía; ella sí tuvo que hacerlo... Me sentí cobarde, cobarde si... Cuando yo entré a cirugía, le confieso que no fui capaz de mirar a esa bebita; yo supe que tuve el parto; se me quitaron los dolores y expulsé al feto... y ellos me la pusieron en el abdomen; yo la sentí todo el tiempo, pero yo no me atreví a mirarla; yo pensaba: no quiero guardarme más dolor, porque si yo miro ese bebé, esa imagen me va a quedar para toda la vida... Mi reacción fue llorar, llorar y llorar. Como estuve sola, me dio una depresión grandísima... dije: Dios mío qué hice; me sentí culpable... Extrañamente los senos se me llenaron de alimento y pensaba que esta vez sí había como alimentar a la bebé... Me dolían demasiado y cada cierto tiempo se expulsaba sola la leche... Me sentí un ser muy miserable; después de una semana mi vida empezó a dar otro giro, pues estaba mejor de salud, con ánimos de salir*

*adelante, mi familia tranquila, todo me permitió cambiar ese sentimiento... No me siento tranquila; soy consciente de lo que hice; algunas personas me dijeron "asesina", pero no, no, no... En mi conciencia trato de evitarlo para no hacerme más daño... pienso que por lo que yo pase fue bastante difícil y más sola, totalmente sola... ahora creo que voy como levantándome de las cenizas... vuelvo y le repito: siento culpa, pero me siento muy tranquila porque sé que le puedo brindar a mi familia más tranquilidad y vamos para adelante... yo siento que mi Dios no me ha señalado, ni me ha juzgado, ni me ha castigado, sino que por el contrario me ha dado muchas bendiciones a pesar de mi error, porque de todas maneras hay que asumir la irresponsabilidad de no cuidarme, el no haber actuado más a tiempo, pero siento las bendiciones de Dios cada día, de verdad, ahora no me siento tan, tan, tan mal, pero sí con un poco de culpa. (30 años, 1 hijo, soltera, católica, técnica).*

La culpa cuelga como una espada de Damocles sobre la mujer que se atreve a pensar en la IVE, y mucho más sobre la que se atreve a recurrir a ella.

*A mí la culpa no se me pasó hasta el día que nació el bebé, hasta ese día sentí la culpa todos los días, sentía miedo y pensaba: y si mi bebé nace bien... y si mi bebé no tiene esa enfermedad... La culpa lo atormenta a uno a cada momento. En el momento que nació mi bebé y mi mamá confirmó la malformación, ahí descansé y dije: Dios mío hice lo mejor por mi bebé y la culpa va pasando... Pero la culpa es lo que más me atormenta, uno se siente cohibido socialmente. (28 años, sin hijos, soltera, universitaria)*

*...yo me traumaticé más con el caso de una muchacha, al ver que ella lo expulsó, y yo decía: como abortó a un bebé que no tiene la culpa. Yo lo vi entero, y eso que tenía menos semanas que yo (llanto)... Entonces me imaginé que yo tenía más semanas, que venía con el cuerpo entero, que sólo le faltaba un poquito, pero ya no podía hacer nada porque ya estaba muerto... Me llegó el arrepentimiento, me arrepentí mucho de haberlo abortado... (22 años, 1 hijo, soltera, bachillerato incompleto)*

*Y yo pensaba cuando él me decía que le pidiera perdón a Dios, entonces yo lo miraba y pensaba que él también sabía, entonces aquí el pecado no es mío solamente, como quien dice ¿él está limpio y yo era la culpable? ... pídale perdón a Dios... él sospechaba que yo estaba en eso. (33 años, 2 hijos, unión libre, bachiller)*

*Porque a pesar de que sienta todavía un poco de culpa por la IVET, esperaba un milagro y ver qué hubiera pasado cuando ese niño naciera... quizás las cosas hubiesen cambiado. (28 años, sin hijos, soltera, profesional)*

*...Tuve muchísimos sentimientos encontrados y al final creo que tomé la mejor decisión, pero fue una decisión un poco complicada para mí; aun*

*así, aunque tomé la mejor decisión, me siento culpable, la decisión era solamente mía, no puedo culpar a nadie; la decisión sencillamente era mía... (28 años, sin hijos, soltera, universitaria)*

Ahora bien, es desesperante para las mujeres "no saber qué hacer" frente a un embarazo que avanza, y que no es deseado, ni conveniente.

*Me sentía... yo me sentía muy mal, muy mal; los días fueron bastante malos para mí... saber que estaba embarazada, no sabía qué hacer, pues yo no había ido a hacer la vuelta de la EAPB, que no me iban a llamar y el embarazo avanzaba, yo no sabía qué hacer, me sentía muy mal por eso, el embarazo avanzaba y me sentía desesperada y no sabía qué hacer. Yo no quería tener más hijos, esos días fueron estresantes y esa fue la razón y ya no hay vuelta atrás. (33 años, 2 hijos, unión libre, católica, bachiller)*

Alguna mujer sintió que se "desgarraba por dentro", que se contradecía a sí misma. Sin embargo, prevalece también el sentimiento de superación, el imperativo de tomar las propias decisiones, y asimilar el dolor.

*En lo profundo de mi corazón, cuando yo tomé la decisión, yo sentí que se me desgarraba algo adentro, que cómo era posible que pensara en eso (IVET), yo decía: cómo soy capaz de pensar en eso, como soy capaz de contradecir lo que antes pensaba, todo lo que yo creía, pero la vida es así y uno tiene que ir aprendiendo y evolucionando, uno se va conociendo, porque imagínese donde uno se quedara en la edad de piedra... En parte me estaba doliendo mucho, pero empecé a asimilar lo que tenía que pasar y toca asimilar y superarlo; Yo decía que no me podía quedar ahí toda la vida, entonces con mucho dolor uno tiene que tomar las decisiones y así es la vida. (30 años, 2 hijos, separada, católica, bachillerato incompleto)*

El proceso es muy triste, es doloroso, es secreto... Pero todo lo vale la firmeza de la decisión necesaria:

*El proceso de decisión me dolió bastante, cuando empecé y me contaron cómo era, prácticamente matar al feto, eso es muy triste, pero ya tenía la decisión... Ya en el hospital la gente conmigo estuvo muy linda; me daba algo de tristeza lo que yo estaba haciendo, pero me trataban como a una reina; yo era una reina, la mejor habitación, todo el mundo callado... Cuando ya lo expulsé, porque yo lo tuve, yo lo tuve tal cual, los dolores fueron horribles y yo estaba con mi hija; el feto salió, la placenta no salió, pero el feto sí, y entonces supuestamente me operaron, para que no se enteraran de lo ocurrido y ya. (38 años, 2 hijos, soltera, católica, bachiller)*

Sentirse débil y acobardada, "como un payasito con el alma destrozada" por destruir a una "persona". Los recuerdos atormentan y aunque se sabe que la IVET es la solución, es una solución dolorosa.

*No era el dolor de una mujer a la que no se le da nada; yo tenía que ser valiente y opté porque nada me afectara; tenía que ser fuerte en ese momento, pero la debilidad mía me acobardaba; en mi pensamiento habían como dos vías: la roja que decía que no y la blanca que decía que sí. Entonces yo no sabía qué hacer, porque si elegía la vía que decía que sí, me desanimaba porque vendrían muchas cosas en contra de mi familia, entonces yo tuve que ser fuerte y decir no, esa fue mi decisión y yo no podía voltear a mirar a nadie... Gracias Dios mío por ponerme esta solución... Era como que yo iba arrastrando con todos los comentarios, era como una persona que pasaba con glamur, pero con el alma destrozada, era como el payasito que salía con su sonrisa pero con el alma hecha nada, pero yo decía voy a solucionar mi problema para que mi hijo no se sienta mal, para que él no sepa esto; pero simultáneamente pensaba en la persona que yo iba a destruir, en dónde quedaba, eso es muy difícil y trae muchas consecuencias... Y le ruego a Dios todos los días y le pido perdón todos los días a ese bebé para que me dé paz, tranquilidad, porque yo pienso que de aquí en adelante vienen más consecuencias, tengo que estar en paz y tranquila para no acordarme... Yo me acuerdo aún todas las noches cómo fue que tuve al bebé y eso me atormenta más; a mí no me importó en el momento de la solución, los comentarios, las personas; hice a un lado todo y me enfoqué en la solución; pero esa solución es en el fondo muy dolorosa. (47 años, 1 hijo, separada, católica, bachillerato incompleto)*

La situación a veces llega hasta un punto tan grave que la mujer piensa en el suicidio.

*Cuando a mí me dijeron, la decisión fue inmediata, mi mente algo tenía que hacer y ya, yo no sabía que existía esto (IVET), me dieron la orden para ecografía y yo lo único que (hice fue) salir a buscar en la web: interrupción del embarazo. Y no hallaba solución, pues sólo hablaban de embarazos de pocas semanas. Ese día fue horrible, yo qué hago... recibí la ecografía con casi siete meses y yo dije: qué hago con esto... Pensé en tirarme a un carro, pero no sabía cómo iba a quedar; seguro iba a parar a un hospital... yo no sabía si me iba a morir... no tenía solución, no le podía contar a nadie, no tenía la ayuda de nadie... Nadie puede saber esto; sólo me quedaba suicidarme... Pero pensaba: le hago un daño a mi familia, quedarían solos, pero ellos van a comprender... Mi cabeza me decía: cuando mueras te van a hacer un examen y va a salir a la luz el embarazo... pero ya estás muerta, ya nadie te va a juzgar... Yo intenté tomar un vaso con mata-ratas, pero no me hizo efecto, porque mezclé solo un poquito... Pensaba en mi familia... ellos van a quedar solos... Fui nuevamente donde la doctora y le dije: yo necesito ponerle solución a esto, intenté anoche suicidarme, yo sé que a usted no le interesa que yo le cuente esto, pero necesito que me ayude... Ella me mandó donde el psicólogo y eso me hizo bien; hice las vueltas mientras que la jefa que permanecía ahí me miraba con recriminación; fui donde el psicólogo y me*

*dio un papel y dijo: vaya a tal parte y allá le solucionan... Tuve un poquito de tranquilidad; hasta ahora no puedo decir que ya estoy tranquila. Sigo con mi dolor y es fuerte, cada día más fuerte y miro a mi familia y les quiero decir: yo les mentí... Dije que tenía una masa... que me operaban de una masa... No sé hasta cuando me va a durar este karma (llanto)... no puedo recuperarme porque cada mes que pasa hago la cuenta y se me repite todo; es duro, es doloroso y me digo: por qué tengo que seguir con la mentira... (47 años, 1 hijo, separada, católica, bachillerato incompleto)*

#### **6.4.8. Un modo de interacción basado en la mentira**

En este mundo inter-relacional, las mujeres que han tomado la decisión de realizarse la IVET se ven en la obligación de mentir.

*"Siguen las mentiras, más que todo por mi familia, ese sufrimiento es duro, yo no puedo, aún no puedo superar ese dolor (llanto)" (47 años, 1 hijo, separada, bachillerato incompleto).*

Se puede saber la verdad de un embarazo que terminó en una IVET y todo el esfuerzo que se hizo para ocultarlo no valió la pena. Pero también las personas a las que se quería proteger con la decisión de la IVET, pueden resultar dañadas, incluida ella misma.

*"...sentir temor de que sus hijos se lleguen a enterar de la IVET, pero pensar que hasta el momento nadie se ha enterado". (32 años, unión libre, 2 hijos, tecnóloga).*

Es "mucho estrés", desequilibrio y desespero. Causa falta de concentración, no se puede trabajar, se siente "horrible".

*Ay no, eso para mí fue... esos días, esos meses, en ese hospital, para mí fueron como años, me sentí muy presionada, porque le estaba mintiendo a mi familia y les estaba diciendo otra cosa... ese cargo de consciencia era demasiado. En la oración decía que: era algo con lo que yo no me había enfrentado, pero estaba decidida... En algún momento pensé cómo iba a hacer si no se presentaba nadie que me ayudara, y yo llegué a temer lo peor; me mandaron a una fundación donde no están de acuerdo con el aborto y me dijeron que ellos me daban un apoyo económico... Yo les dije que ellos me podían ayudar... pero por determinado tiempo; no me iban a ayudar toda la vida... Esa situación fue muy pesada, yo me sentía todos los días al amanecer con deseos de taparme y de no saber nada... Yo tenía un embarazo muy avanzado, pero no se me notaba mucho... A veces me tocaba y decía: Dios mío que no se mueva, eso era lo único que yo pedía, Dios mío que no se vaya a delatar, yo le mandaba esa energía y se quedaba quieto... no quería apegarme, no quería tener algún lazo con él, yo pensaba y si me encariño... Sí, fue mucho estrés, mucho, había mucha tensión, tenía muchas, muchas peleas con mi esposo... Era tanto el*

*desequilibrio que no sabía qué hacer... Con mis hijos también me puse de mal genio y trataba de no estar en casa... porque no quería estar sola y empezar a pensar y sentía ese desespero... Tan pronto me enteré del embarazo tomé la decisión de no tenerlo y todo el tiempo di vueltas detrás de ellos (EAPB) y dejé de trabajar porque yo no me concentraba... Le dije a mi esposo que si me iba a apoyar... y que si no me iba a apoyar que se callara y no dijera absolutamente nada. Entonces él me decía: es tu decisión, yo no puedo ser mamá, tú eres la mamá, eres tú la que está sintiendo, entonces eres tú la que decide... Él me apoyo porque sintió que yo no podía y estuvo todo el tiempo ahí... Fueron varios meses bien largos para mí... hasta que les dije que yo no iba a desistir de la IVE y que no iba a cambiar de opinión... Yo no quería que alguien se enterara, fue duro, horrible. (32 años, 2 hijos, unión libre, católica, tecnóloga)*

Pesan las mentiras que toca decir en el proceso de la decisión, se siente que se utilizó a ciertas personas, y al final queda incluso la duda de saber si la decisión fue verdaderamente autónoma o se tomó por temer la reacción de otros, como la misma familia.

*Los papeles que me dio la doctora, me tocó esconderlos, por eso digo que involucré muchas personas con mi mentira; los utilicé, utilicé a tantas personas... La doctora me dio unos papeles y en ellos obviamente decía qué era lo que tenía que llevar para la IVET... Yo le dije a la doctora que no podía llevar ese documento a casa, que así yo no podía viajar... Afortunadamente di con tantas personas que me ayudaron; ella me hizo otra clase de documento y yo ya si pude llegar a mi casa y decirle a mi familia que viajaba esa noche porque me iban a operar, que me iban a hacer unos exámenes y que luego me iban a operar... Les dije que no se preocuparan que no era de riesgo... En ese momento yo me sentía más tranquila... Les dije que no se preocuparan, que me iban a hacer unos exámenes y que no era necesario que me acompañaran... Me fui en bus e iba muy mal, yo ya iba a lo que iba, yo ya sabía a lo que iba y hasta ahora no hallo respuesta al por qué lo hice... Sé que tengo una respuesta concreta que es mi familia, pero yo ahora digo: tal vez yo se los hubiera dicho y ellos se hubieran enojado un tiempo y ya les hubiera pasado; pero ante la duda de cómo me iban a responder, sin saber si me iban a perdonar o quizá nunca lo harían... Estaba en juego el estar con mi familia, que estaban acá y perder esa vida que comenzaba. (47 años, 1 hijo, separada, católica, bachillerato incompleto)*

El dolor de la mentira se lleva como soportando un karma que persiste, un vacío, un arrepentimiento:

*Personalmente sufrí un karma; su entrevista me ayudó mucho, pero el sufrimiento aún lo tengo dentro de mí y ese sufrimiento lo llevo yo sola, porque siguen las mentiras, principalmente con mi hijo; ese sufrimiento, no, no tiene explicación; es duro y aún no puedo superar ese dolor (llanto)... Hay algo que me hace falta (llanto) y cada año que pasa lo*



*recuerdo más... Ya cumplí un año de la IVET y Dios mío, ese día fue tan doloroso para mí, porque pensaba que ese día le estaría apagando la vela a mí bebé, estaría reunido aquí con nosotros, si yo hubiera dicho: tiene que nacer, pero eran tantas circunstancias, era mi familia... Pero a pesar de mi sufrimiento yo tengo un bonito recuerdo; yo sé que esa personita no existe, pero la llevo dentro de mí (llanto); cada noche me acuesto pensando en lo que hubiera sido la vida de él con mi familia; ese sufrimiento aún no se acaba (llanto), y no sé si pueda acabar. (47 años, 1 hijo, separada, católica, bachillerato incompleto)*

En última instancia, las mentiras forman un castillo de naipes que en cualquier momento se puede derrumbar y con pena hay que vivir diariamente:

*"...toda mi familia llamaba, y que cómo está, que si ya salió de la operación, que si está bien... Yo estoy aquí en el hospital... y a mí no me dejan entrar porque eso es prohibido". (47 años, 1 hijo, separada, bachillerato incompleto)*

## **6.5. Consecuencias**

Las mujeres cambian su vida y no desean repetir lo que pasó, aprenden de la experiencia y se empoderan logrando mayor solidaridad con otras mujeres.

Con la decisión y experiencia de la IVET, las mujeres logran cambios en su pensamiento y actitud, tienen aprendizajes valiosos y, sobre todo, desarrollan su capacidad de ser autónomas.

### **6.5.1. El cambio de actitud**

En las mujeres que se realizan la IVET hay generalmente un cambio de actitud.

Antes de la IVET no estaba de acuerdo y después tampoco está de acuerdo; sin embargo, acepta que es la "única solución" y que "no puede traer hijos a sufrir".

*...antes de la IVET, yo decía que no, que uno no podía abortar, pero cuando uno está en esas se llena de mucho miedo... a mí me dio de todo porque yo ya estaba operada, fue como un shock porque no quería más hijos... cuando uno está en esa situación es la única solución, porque uno no puede traer los hijos a sufrir... antes pensaba que no, pero luego de la IVET digo igualmente que no, que no es la mejor solución. (27 años, 2 hijos, unión libre, católica, bachiller).*

Antes de la IVET pensaba que no hay ninguna razón que justifique el aborto; después piensa que el mismo "significado de la vida", "el significado de tener un hijo" lleva a tener responsabilidad social, y hay que "pensar por ese lado".

*Yo pensaba que uno no se debía practicar ningún aborto, por ningún motivo, eso era lo que yo pensaba, por ningún motivo una mujer debe practicarse un aborto. Alguien cercano una vez lo hizo, y yo le dije: a mí no me vuelvas a hablar en tu vida, porque era tu hijo, era parte de ti, estaba bien y lo mataste sin ningún motivo... lo debió traer a este mundo... (Pero) si todo el mundo entendiera el significado de la vida, de tener un hijo, los niños no serían matones, ni ladrones, ni estarían en la calle cogiendo vicios, ni estarían por ahí perdidos. Yo pienso que la gente debe pensar por ese lado... (30 años, 2 hijos, separada, católica, bachillerato incompleto).*

Antes de la IVE se vive una incertidumbre doble: por una parte, la inquietud moral "si habían hecho bien o mal"; por otra parte, el miedo de "cómo vaya a quedar después de hacerse la IVE". A pesar de toda incertidumbre, se practica la IVET.

*Sí he tenido muchas experiencias en IVE, tengo conocidas que han utilizado medicamentos para producirse el aborto, e inclusive de médicos que lo hacen a domicilio... sí, abortos en casas vi varios, unas que terminaron bien, otras no tanto. Por eso era mi incertidumbre, yo pensaba en si habían hecho bien o mal, esa incertidumbre... uno piensa es en cómo vaya a quedar después de hacerse la IVE. (28 años, sin hijos, soltera, católica, universitaria).*

Antes de la IVET pensaban que, si las mujeres lo hacían, era porque tenían una razón; luego se practican la IVET porque en efecto, tienen una razón.

*...aquí se habla de aborto y es como un crimen, es un tabú... siempre pensé que, si alguien lo tenía que hacer, lo tenía que hacer por algo, no porque quisiera... los hijos son lo más hermoso de la vida y no tiene nada que ver con que le destruyan la vida porque sí, pero yo siempre decía que tenía que haber algún motivo, una razón y seguro que cada persona la tendrá. (47 años, 1 hijo, separada, católica, bachillerato incompleto).*

*El aborto es un tema muy común, he visto mucho en las noticias sobre el aborto. Complicado... yo soy consciente de que no se debe abortar, pero cada quién tiene su forma de pensar y hasta uno no estar en los zapatos de esa persona, uno no sabe las razones que la llevan a tomar la decisión de la IVE. (22 años, 1 hijo, soltera, cristiana, bachillerato incompleto).*

Desde antes apoyaba la IVE, pero no se sentía capaz de hacérsela, hasta que la experimenta en carne propia. Después de la IVET siente que fue "muy fácil la decisión" y sigue apoyando.

*...cuando empecé a tener relaciones sexuales me preguntaba qué pasaría si llegara a quedar en embarazo, qué pasaría. Yo siempre he pensado que lo apoyo pero que, si me llegara a pasar a mí, yo no iba a ser capaz de abortar, no iba a ser capaz de llevarlo a cabo. No por una razón religiosa, no. Pensé que no iba a ser capaz de hacerlo, pero cuando ya pasó, todo lo contrario, fue muy fácil la decisión. Siempre lo apoyé. (30 años, sin hijos, soltera, atea, universitaria).*

Antes aceptaba la IVE, pero sólo en el primer trimestre; luego tiene que afrontar la IVET.

*...antes de la IVET cuando escuchaba los debates, yo decía: debería ser permitido y respetado, obviamente debe de haber un tiempo prudente... una mujer antes de 2 o 3 meses debe poder interrumpirlo voluntariamente. (25 años, sin hijos, soltera, católica, universidad incompleta).*

Desde antes acepta la IVE, pero sólo por las tres causales consideradas en la normatividad colombiana; luego, ella sigue sintiendo rechazo por quien se la hace "porque quiere"

*...nunca he estado de acuerdo con el aborto... sólo estoy de acuerdo con las tres causales... no estaré, ni estoy de acuerdo con el aborto, sin embargo, eso es decisión de cada quién... Muchos niños con discapacidad... y yo veo a las mamás con niños recién nacidos, veo a las mamás sufriendo o al bebé sufriendo... pienso que si uno puede evitar un sufrimiento así, pienso que sí, que estoy de acuerdo, siempre y cuando este dentro de las tres causales... yo veo a muchas mujeres que quieren abortar y sus bebés vienen normales y quieren abortar, cuando otras queremos la oportunidad de tener un hijo normal... odio cuando alguien quiere abortar porque quiere, hay personas que quieren y otras que tienen la oportunidad pero no quieren. (28 años, sin hijos, soltera, Testigo de Jehová, universitaria)*

Aunque hay variaciones de posición, desde estar totalmente de acuerdo con la IVE desde antes que les sucediera el embarazo no deseado y tuvieran que recurrir a la IVE, pasando por las que no estaban de acuerdo con la IVE y juzgaban a las mujeres que lo hacían, todas al final aceptan que la IVE es una decisión individual y que nadie debe juzgar a las mujeres por sus decisiones, pues éstas dependen de la situación particular de cada mujer.

*Yo nunca he estado en contra del aborto... sé que tiene sus limitaciones y tampoco es que lo vaya a tomar como un deporte, porque yo sé que eso va a afectar mi salud... siempre que haya una razón de peso, como salud física o mental. Yo no estoy en contra de que las mujeres se hagan la IVE. Se ve mucha discriminación con las mujeres por el aborto, dicen que es mentira, que quién sabe si lo perdió espontáneamente... Juzgan mucho a*

*las mujeres por abortar y son discriminadas, pero yo no tengo nada en contra de las mujeres que se hacen la IVE. (32 años, 2 hijos, unión libre, católica, tecnóloga).*

*Sabe de qué no, no se me viene nada ni bueno ni malo, pienso que es una decisión de cada mujer. (25 años, sin hijos, soltera, católica, técnica)*

### **6.5.2. Aprendizajes de las mujeres luego de la IVET**

Ahora bien, las consecuencias de vivir la experiencia de la IVET comprenden varios aprendizajes importantes que las mujeres logran, como también el descubrimiento de su capacidad de tomar decisiones propias, y su posibilidad de incidir para que se inicie un cambio en las personas de su entorno, y, por ende, en la sociedad.

*...no solo porque yo cargara la panza, la que fuera a hacerse exámenes... sino porque él (el compañero) estaba enterado de la situación superficialmente y no estaba aportando de una manera que yo dijera uy si tiene derecho a opinar, a persuadirme porque no está siendo incondicional entonces para mí no tenía derecho en nada. (25 años, sin hijos, soltera, universitaria incompleta)*

*...como si yo hubiera salido del cascaroncito del huevito y vamos es pa' delante, que me siento como si hubiera acabado de nacer, con la oportunidad de avanzar y de corregir todo lo que traigo de mal. (30 años, 1 hijo, soltera, técnica)*

*...y ahora estoy mejor porque me separé de alguien que no me valoraba y estoy con alguien que si me quiere y mis hijos ahora son más felices, están muy bien, entonces a mí me cambió la vida, estoy mejor así. (30 años, 2 hijos, separada, secundaria incompleta)*

*Pues yo desde que tomé la decisión y antes de hacer el procedimiento, sabía que ya no iba a ser la misma; es una decisión muy grande, muy difícil. (30 años, sin hijos, soltera, profesional)*

### **6.5.3. No se deseó vivir la experiencia de un embarazo, ni se eligió que éste fuera de riesgo o producto de una violación, por tanto, no se quiere repetir tal experiencia.**

La experiencia de las mujeres entrevistadas fue tan profunda y cargada de sufrimiento, que la mayoría expresa un deseo imposible: si pudiera, cambiaría toda la situación pasada e incluso piensan en lo que hubiera sido el futuro con un nuevo hijo.

*"sí a mí me preguntaran, yo diría que no, no quedar en embarazo, no tener esa experiencia tan tenaz... (25 años, sin hijos, soltera, católica, técnica)*

*Después de todo esto yo, estoy con mis hijos en el diario vivir, pero de pronto me acuerdo y digo: para esta fecha tendría tantos meses, tendría otro hijo". (33 años, 2 hijos, unión libre, bachiller)*

#### **6.5.4. Se aprende a no juzgar; a ser más comprensiva y menos dominante**

Varias mujeres, antes de la IVET, juzgaban mal a quienes lo habían hecho, después, ya no.

*...antes de que me sucediera, yo sabía que una compañera lo había hecho y cuando yo lo fui a hacer, la busqué... cuando ella lo hizo yo la juzgué, pero cómo pudo hacer eso, cómo se atrevió a hacer una cosa de esas, para mí eso era como un tabú, algo prohibido que no se debía hacer, que no era bien visto, un pecado. Yo decía, pero cómo hizo eso, ella tuvo sus razones, sus motivos, pero eso no da para hacer esas cosas. Cuando me vi yo en esta situación, me arrepentí de haberla juzgado. (37 años, 2 hijos, soltera, cristiana, bachiller).*

*...estaba en ese mundo de las personas que señalaban... si lo va a abortar, ¿Por qué abrió las piernas?... uno ve que todo el mundo juzga, entonces uno también juzga. Pero cuando yo me vi embarazada, cuando busqué ayuda, cuando me enfrenté al mito y vi que era mi decisión, que no era tan grave lo que iba a hacer a pesar del tiempo... pero fue tenaz tomar la decisión. Sí, yo también era de esas personas que señalaban, hoy ya no, después de todo lo que viví con tantísimo dolor... hoy no pienso así. Fue muy duro tomar la decisión y hacer la inducción de la asistolia cardiaca fetal y luego irme para el hospital con la cabeza en otro estado, porque sabía lo que había hecho... pero hoy en día ya no veo a esas mujeres como lo veía antes, sino que ahora pienso que una situación de esas, sólo la persona que la vive es la que la conoce y sólo ella puede tomar la mejor decisión, y nadie más... nadie sabe qué es lo que ella está viviendo para tomar esa decisión. (30 años, 1 hijo, soltera, católica, técnica).*

*...yo vi que llegaban muchas mujeres para IVE y yo les decía: usted por qué no tiene el bebé. Una fue para una IVE porque estaba estudiando, que el papá no podía, que no tenía esposo y yo le decía: ¡Qué pecado (pecado)!, ¿Por qué usted no decide tenerlo? Y ella que no, que los papás eran muy estrictos y yo insistía en que lo tuviera. Yo sentía dolor por el hecho de que no tuvieran los bebés. Pero igual, tampoco lo criticaba, ni lo critico, pero yo nunca pensé que también tuviera que pasar por ahí. (33 años, 2 hijos, unión libre, católica, bachiller)*

Luego de vivir todo el proceso de la IVET, las mujeres comprenden que no se debe juzgar a las demás personas y en particular a las mujeres, dado que las decisiones atañen a una situación y un ambiente particular.

*...no hacemos sino juzgar y decir que lo debe tener por obligación, sin saber qué haya pasado detrás del embarazo. (26 años, soltera, 3 hijos, bachiller)*

*...no debo juzgar a las personas, porque no sabemos la situación en que se encuentran, para mí la mayor reflexión fue esa, y aprendí de eso y no solamente en esta parte (IVET), sino también en el campo laboral. (37 años, 2 hijos, soltera, cristiana, bachiller)*

Es en este sentido que dicen haber aprendido la humildad, es decir, han empezado a actuar desde una posición que no es dominante. Lo describen también como saber perdonar, ser tolerante y ser comprensiva.

*Yo era una persona más bien soberbia, yo no cargaba a nadie... la IVET me enseñó primero a vivir en paz con todo el mundo, segundo a ser una persona más humilde, porque mientras estemos acá podemos estar en una situación de éstas (IVET)... eso sensibilizó demasiado mi corazón y con mi familia cambié demasiado. (30 años, 1 hijo, soltera, técnica)*

*...luego de la IVET, yo como persona cambié mucho, yo era demasiado cerrada para muchas cosas, yo no le daba una segunda oportunidad a nadie, no perdonaba y lo que yo decía así era, yo decía: punto y se acabó. (30 años, dos hijos, separada, bachillerato incompleto)*

*...aprendí a ser más tolerante, mucho antes de que pasara lo del niño, y ahora lo he retomado con más fuerza, aprendí a ser más comprensiva; las cosas que le comento las he tenido quizás siempre, pero uno las aprende con más fuerza en el momento cuando a uno le pasan cosas en la vida, como esto que me pasó: a ser más tolerante, más comprensiva. (28 años, soltera, sin hijos, profesional)*

La vida de las mujeres que viven el proceso de la IVET se transforma.

*En el hospital estuve sola, totalmente sola, a mí nadie me visitó, a mí nadie me acompañó, (estuve) sola, sola, sola... fue demasiado duro... hoy en día, ya no veo a esas mujeres como lo veía antes, sino que ahora pienso que una situación de esas (IVET) sólo la propia mujer la conoce y puede tomar la mejor decisión, y nadie más puede saber qué es lo que ella vive para tomar esa decisión. (30 años, 1 hijo, soltera, técnica)*

### **6.5.5. Las mujeres aprenden a apoyar a otras mujeres que viven situaciones similares**

Con el proceso de la IVET logran las mujeres aprendizajes y transformaciones como el fortalecimiento de los vínculos intra-género, es decir, el desarrollo de un sentimiento de solidaridad con las otras mujeres y el deseo de ayudarlas en su proceso de la IVET.

*"Aconsejar a una amiga con feto malformado que interrumpa el embarazo inmediatamente, que no lo deje avanzar, porque a más tiempo es más el sufrimiento" (30 años, 2 hijos, separada, bachillerato incompleto)*

El apoyo a otras mujeres va desde el consejo oportuno, hasta no escandalizarse y entender por qué alguien toma la decisión de la IVE o la IVET.

*"...ahora entiendo, ya no me escandaliza ver que una mujer abortó o que va a abortar... yo siempre he sido una mujer muy serena, pero cambié en esa parte, de que ya entiendo por qué las mujeres abortan". (25 años, sin hijos, soltera, universitaria incompleta)*

Consiste en no criticar ni hacer sentir mal a la otra, sino ayudarla, hacerle ver elementos de juicio que le sirvan para tomar libremente su decisión.

*...yo no crítico a nadie, de pronto apoyaría a alguien que vaya a pasar por eso (IVET), yo le he hablado a mi hija de eso. (38 años, 2 hijos, soltera, bachiller)*

*...ahora sé que si una persona está pasando por una situación así (embarazo no deseado), en ese momento hay que apoyarla, no hay que darle la espalda ni hacerla sentir mal. (25 años, sin hijos, soltera, universitaria incompleta)*

*... (Yo) no le digo que tenga ese hijo; yo le pongo todas las situaciones para que sepa y también sienta y tome la decisión. (38 años, 2 hijos, soltera, bachiller)*

*... (Yo) le doy los puntos en pro y en contra y al final ella (la otra mujer) es la que toma la decisión. (22 años, 1 hijo, soltera, bachillerato incompleto)*

Hay un sentido ejemplificante en lo vivido, poder contar la propia experiencia y compartir las historias de vida.

*"...agradezco y ojalá... que le puedo contar mi vida, mi situación y que le sirva mucho, pero más para las mujeres que están en mi situación (IVET)". (47 años, 1 hijo, separada bachillerato incompleto)*

#### **6.5.6. La IVET moviliza la capacidad de cuestionar y lograr conciencia crítica.**

La IVET obliga a la mujer a prestar atención sobre cosas que no había considerado antes, cosas que le afectan directamente.

*...estamos siendo irresponsables en ese sentido con la sociedad, somos muy moralistas, cómo va a hacer posible que no se pueda hacer una IVET, pero es permitido que haya niños en el puente pidiendo monedas, niños*

*trabajando, explotados sexualmente. (25 años, sin hijos, soltera, universitaria incompleta)*

### **6.5.7. Se aprende a valorar más la vida y las relaciones con las personas de su entorno**

Las mujeres, después de la IVET, aprenden a valorar aún más la vida, su propia vida y la de las personas cercanas y queridas. Por ejemplo, a sus hijos; para algunas mujeres cambia su relación de autoridad agresiva, imposición y castigo, la que creían que era la actitud propia de una adulta madre. Luego adoptan relaciones de mayor afecto, diálogo y comprensión:

*"(Luego de la IVET) aprendí a valorar más la familia y las personas que en realidad me quieren" (28 años, sin hijos, soltera, profesional)*

### **6.5.8. Es posible para las mujeres la autonomía: tomar sus propias decisiones**

La experiencia de la IVET transforma las vidas de las mujeres.

*"...yo no tuve afortunadamente que confrontar a nadie con la decisión, realmente sólo lo afronté con mí misma: esto está pasando y tienes que lidiar con esto, ya no te lo podés (puedes) negar más". (30 años, sin hijos, soltera, profesional)*

Lo más importante, es que se han dado cuenta que ellas pueden tomar decisiones autónomas sobre sus propios cuerpos.

*"No, a mí nadie me dijo; yo misma tomé la decisión, lo hice, lo sostuve, lo mantuve y yo sabía las consecuencias que podía tener, y yo así... y lo hice" (32 años, 2 hijos, unión libre, tecnóloga)*

La situación, que no deseaban y que no buscaban, obliga a las mujeres a iniciar una modificación, una transformación de significados.

*"No, nunca había pensado en eso; cuando salí embarazada fue que tomé esa decisión, porque no podía llegar embarazada a mi casa" (23 años, 2 hijos, soltera, santería, bachiller).*

Ahora bien, tal capacidad de decidir no está exenta de experimentarse como un doloroso conflicto.

*"...las más castigadas somos nosotras mismas, porque nos toca pasar por un proceso bastante doloroso (la IVET)" (30 años, soltera, un hijo, técnica).*

Las mujeres se des-culpabilizan y aprenden a ser más responsables consigo mismas y con los demás.



*"He aprendido que para todo hay una salida, para todo hay que buscar una salida, no siempre tenemos que cargar con las culpas que no son de nosotras, aprendí que para todo hay una salida, sabiéndolo hacer las cosas"* (26 años, 3 hijos soltera, atea, bachiller)

Las mujeres se enfrentan a situaciones forzadas y las obliga a una situación de conflicto, que de otra manera no hubieran enfrentado.

*"Pero creo que me demoré mucho tiempo en aceptarlo, porque también... como que no podía creer que me pasara, que me estuviera pasando"* (30 años, sin hijos, soltera, profesional).

De todas maneras, este no es un proceso lineal o simple; es más bien un laberinto con todas sus incertidumbres y sus angustias, especialmente para las mujeres.

*...en ese sentido sí es como un laberinto sin salida, lógicamente sí hay opciones, pero uno no sabe qué hacer porque uno tiene susto de un aborto, es una decisión muy importante y uno duda: la decisión que estoy tomando ¿Sí es correcta? En ese sentido sí me sentía como acorralada.* (30 años, sin hijos, soltera, profesional)

### **6.5.9. Es posible transformar la vida, empoderarse e incidir en el cambio social**

Las mujeres empiezan a caer en cuenta de lo que no eran conscientes antes, lo que las lleva a replantear significados y valoraciones.

*...me doy cuenta de que realmente es un derecho de cada mujer, porque así le venden la idea a uno, pero no es que se la vendan, sino que realmente es así, es una decisión libre.* (30 años, 1 hijo, soltera, católica, técnica)

*Como mujer, tienes derecho a tomar la decisión libremente, si estás preparada mental, física, espiritual y emocionalmente; no tienes que dejarte presionar por nada ni por nadie.* (32 años, 2 hijos, unión libre, católica, tecnóloga)

*...entonces ese día aprendí que yo sí podía hablar y empecé a contarle a todo el mundo lo que me había pasado (IVET) y sí lo superé (risas).* (30 años, 2 hijos, separada, católica, bachillerato incompleto)

Destacamos, en este sentido, la voz de las mujeres que demanda información y atención en todas las instituciones de salud con respecto a la IVE y a la IVET.

*Es bueno que le digan a uno que se puede interrumpir en cualquier momento, sea de un mes o de más de cinco meses y que lo digan en todos los hospitales, porque no en todos se da la información o no la quieren dar... Yo estoy de acuerdo con que todos los hospitales, todos los*

*puestos de salud den la información para que la mujer se sienta responsable, aquí dicen que uno es conchuda porque quedó embarazada y quiere abortar y esa no es la idea, la idea es que tomemos consciencia de lo que estamos haciendo. (22 años, 1 hijo, soltera, cristiana, bachillerato incompleto)*

*...para mí, es algo que todas las IPS deberían ofrecer, no sólo unas cuantas... me parece que sí, que deberían de legalizarlo y ofrecerlo en todas las IPS y hospitales... para mí, deberían ser más abiertos en lo referente al tema de la IVE. (26 años, 3 hijos, soltera, atea, bachiller).*

*Es un procedimiento que las IPS deberían de tener como un método más, porque a mí que me tocó vivirlo y tuve que esperar una autorización, además sé que muchas personas han perdido la oportunidad de interrumpir un embarazo adecuadamente por no tener el conocimiento de en qué consiste la intervención; muchas personas van y lo hacen caseramente, donde médicos de garaje que no les benefician en nada.... (26 años, 3 hijos soltera, atea, bachiller)*

## 7. Discusión

En este apartado retomaré los títulos del capítulo anterior y expondré una discusión donde incluyo las teorías de diferentes autores y mis propias reflexiones sobre la interacción con las fuerzas del campo de la IVET, pero principalmente con las mujeres que compartieron su experiencia de vida al tener que tomar la decisión de realizarse una IVET.

### 7.1. Fenómeno central

*Enfrentar un asunto tabú que la confronta (consigo misma y con los demás), justificando íntimamente la decisión de la IVET, en un entorno de soledad y secreto, que la lleva a transformar su vida.*

#### 7.1.1. El patriarcado y el tabú para limitar la libertad de las mujeres

La decisión de la IVET se toma en un entorno social patriarcal-capitalista (2,37), caracterizado porque "...valora la guerra, la competencia, la lucha, las jerarquías, la autoridad, el poder, la procreación, el crecimiento, la apropiación de los recursos, y la justificación racional del control y de la dominación de los otros a través de la apropiación de la verdad" (1). En última instancia son los significados aprendidos de nuestra sociedad, donde la mujer es un personaje secundario, prescindible, objeto de dominación (1-3) y cuyo mandato es proteger la vida a costa de la suya, y parir sin importar las consecuencias. Por lo tanto, la decisión y la realización de la IVET están contra corriente de la mentalidad preponderante; la IVET es un evento que afecta y modifica todo el sistema de significados que las mujeres aprendieron de su sociedad (174).

Es importante aclarar antes de continuar, que el mandato patriarcal de dominación no es exclusivo de los hombres, pues hay mujeres que asumen de igual manera dicho mandato y actúan como dominadoras; encarnan la dominación masculina, fenómeno denominado hembrismo<sup>30</sup> por algunas autoras (198,199). Es importante esta aclaración porque en

---

<sup>30</sup> La psicóloga y sexóloga María Ladi Londoño se refiere al hembrismo como el término que describe las características machistas asumidas por la mujer. De esta manera las mujeres en el sistema patriarcal pueden creer que sus características "naturales" son la pasividad, la dependencia, la ausencia de gratificación sexual (Ver: ML Londoño. El problema es la norma. Pág. 65-77). El hembrismo provoca también la rivalidad entre mujeres. Como los varones se convierten en la medida de lo humano, "esto lleva a las mujeres a estar en continua rivalidad entre ellas porque no se reconocen unas a otras como norma ni como autoridad" (220).

lo sucesivo me referiré fundamentalmente a la dominación masculina, pero sin perder de vista que hay mujeres que asumen dicho rol.

Ahora bien, si pensamos en los términos de Pierre Bourdieu (98), el campo del patriarcado estaría constituido por recursos materiales y simbólicos, por instituciones y por individuos que, bajo las reglas del juego patriarcal, competirían por esos recursos materiales y simbólicos. En otras palabras, competirían por el poder. En consecuencia, los individuos son hombres y mujeres en diferentes posiciones y con diferentes capitales materiales y simbólicos, sin embargo, estas posiciones no son aleatorias y de entrada, las mujeres suelen estar en una posición inferior a la de los hombres: están subordinadas, y son subalternas de ellos; la sociedad está entretejida por los mandatos masculinos, donde las mujeres no pueden hablar, o lo pueden hacer, pero sin ser escuchadas (3), pues así son las reglas de sistema patriarcal. Sin embargo, no podemos olvidar que hay mujeres que asumen los significados de la sociedad patriarcal sin cuestionamiento alguno, y actúan como si fueran hombres en el campo patriarcal, ejerciendo su dominación sobre las demás.

Ahondemos en este aspecto. Las mujeres, en principio, como seres humanos tienen efectivamente la capacidad de hablar, y en teoría, el derecho de hacerlo; sin embargo, se les prohíbe hablar por una injusticia de género persistente; de esta manera se les está infringiendo un castigo, se les está haciendo un daño, al no permitirles hacer parte de la comunidad de hablantes a la que pertenece. El no poder hablar no es literal, en realidad es el no ser escuchadas, no ser autorizadas por el otro para hablar, no tener paridad en el acto comunicativo, no tener la titularidad en el derecho a emplear sus competencias comunicativas como seres humanos para hablar de igual a igual con ese otro, usualmente hombre, o una mujer en el rol patriarcal. La reciprocidad en el diálogo no sólo implica la alteridad en la interlocución, sino la paridad de los interlocutores, y en el patriarcado las mujeres están cohibidas de su derecho a la igualdad. No se cumple la promesa que tiene implícita el lenguaje: la interlocución. Por consiguiente, si el hombre, o en algunos casos la mujer, quieren cumplir dicha promesa, deben reconocer en la otra (o en el otro inferiorizado), no a un animal de la especie homo sapiens, sino a la comunidad humana en él o en ella, presente, en una persona con capacidad plena de comunicación, y respetar su derecho a hablar y a interlocutar en igualdad de condiciones (200).

Estas reglas de juego patriarcal están introyectadas en lo más profundo de hombres y mujeres; son los significados de las cosas transmitidos por la sociedad a cada uno de sus integrantes y que marcan el actuar, la forma de ver el mundo, pues son naturalizadas y normalizadas; son las

pautas con las que hemos sido criadas-os desde niñas-os y que se asimilan sin cuestionamiento alguno; por consiguiente, las mujeres, en principio, no son conscientes de su subalternidad y viven a gusto con ella e incluso la defienden. Por su parte, los hombres también actúan de acuerdo con las reglas del juego, con la impronta de dominación a las mujeres, a otros grupos humanos y a la naturaleza en general, incorporando tal impronta de ser dominadores, de ser dueños, como algo natural a su virilidad (201).

El aborto y especialmente la IVET son un tabú para la sociedad latinoamericana del presente siglo, pues se considera antinatural causarse voluntariamente un aborto y más aún causarle la muerte a un feto antes de parirlo.

Los tabúes son aquellas prohibiciones culturales o censuras sociales de conductas o acciones de las personas, determinadas por un grupo humano dominante como antinaturales, debido a cuestiones instauradas como improntas culturales, pautas tradicionales, rituales religiosos. Los tabúes cambian con la historia y dependen de las interacciones simbólicas de cada comunidad (170,202).

Es importante tener presente que al interior de nuestra sociedad se dan luchas y tensiones protagonizadas por diversos grupos, unos a favor y otros en contra, con múltiples intereses, algunos más explícitos que otros, como la iglesia católica y los grupos cristianos que están totalmente en contra del aborto, al igual que grandes segmentos de la población. Por otro lado, hay grupos de mujeres feministas, magistrado-as de las cortes constitucionales y algunos hombres, que han modificado sus significados sobre la autonomía de las mujeres y que aprueban sus decisiones sobre sus cuerpos y sobre el embarazo, que reconocen a las mujeres como seres autónomos, dignos de tomar decisiones y de asumir sus consecuencias. Esto es lo que ha permitido, utilizando los mecanismos legales disponibles y las posiciones de poder de magistrados-as progresistas en la Corte Constitucional, la despenalización del aborto en Colombia, a pesar de la oposición de una franja importante de la población, con creencias religiosas. De ahí la importancia de plantear el debate sobre el aborto, la IVE y la IVET, analizando toda su carga histórica, develando el ejercicio patriarcal de poder, dominación y "dueñidad" (201), afirmando la ciudadanía sexual de las mujeres, la soberanía sobre su cuerpo y su derecho a decidir sobre el mismo.

Teniendo presente la existencia del tabú patriarcal, es comprensible, que a pesar de que se haya despenalizado el aborto, aún exista la prohibición social y religiosa de abortar, más aún si se trata de la IVET. Esto se

evidencia en las dificultades para instaurar los servicios de la IVET con calidad y de manera extendida, así como los prejuicios y maltratos a los que son sometidas las mujeres por parte del personal de la salud que interviene en dichos procedimientos. Es necesario transformar los propios significados sobre la maternidad, el aborto, la IVE y la IVET, pero más importante aún, cambiar los significados que se tienen sobre la autonomía de las mujeres, para que logren la verdadera soberanía sobre los propios cuerpos. El día que la sociedad piense de esta manera, habremos cambiado, y el aborto, la IVE y la IVET no serán un tabú; serán temas de exclusiva incumbencia de las decisiones de las mujeres sobre sus cuerpos.

El enfrentamiento con los significados de los demás sobre la autonomía, la maternidad, el aborto, la IVE y la IVET es inevitable a pesar de que las mujeres traten por todos los medios de evitarlo. Producto de este enfrentamiento, ellas frecuentemente son juzgadas por sus parejas, familiares o amigos, o por personas que se enteran de la decisión de la IVET y que tienen creencias religiosas diferentes. También por personas del sector salud, que tratan a toda costa de imponer su dominio, de hacer valer su "dueñidad" (201), y evitar que las mujeres terminen con la gestación, proponiéndoles otras soluciones como dar el hijo en adopción o ayudarles a mantenerlo los primeros meses de vida. Si la mujer no accede a dichas propuestas, tales personas llegan desde el terreno del prejuicio a la condena, llamándolas insensibles y asesinas.

Según las observaciones realizadas en campo, para esta investigación, pude constatar que frecuentemente, durante el proceso de atención para la IVET, las mujeres son víctimas de agresiones de toda índole: verbales, físicas y psicológicas. Estas agresiones, sin embargo, llevan a la mayoría de las mujeres a reflexionar sobre su decisión, a reafirmarse en ella y a continuar adelante con el proceso de la IVET.

### **7.1.2. La necesidad de las mujeres de justificar su decisión**

En el proceso de toma de decisión de la IVET, cada mujer toma en cuenta las cosas de que ella es consciente, y selecciona las justificaciones o pruebas que le parecen más convincentes, las de más peso de acuerdo con su devenir histórico de interacciones simbólicas en su círculo social, de tal modo que, al evaluarlas, valorarlas y privilegiarlas, no sólo pueda tomar la decisión y ejecutarla, sino también soportar sus consecuencias personales, familiares y sociales (174).

Ahora bien, las justificaciones son diferentes para cada mujer y la decisión se da en un entorno igualmente particular; pero en términos generales, todas las decisiones se dan en una sociedad con un sistema de mitos y

creencias prevalentes (104), o si se quiere, en un entretendido de interacciones simbólicas entre un determinado grupo social y en un determinado momento histórico (174). Para efectos de esta investigación, se trata de los mitos y las creencias de la sociedad de finales del siglo XX y principios del XXI en Latinoamérica, y en un país como Colombia. Una sociedad donde se valora el poder en términos de dominación y violencia, donde existen grupos humanos sometidos por motivos raciales, políticos, económicos, religiosos, por sexo, entre otros. En consecuencia, las mujeres, en términos generales, en esta sociedad, son seres sometidos a la lógica patriarcal y por lo tanto, al tomar una decisión, primero tienen que hallar múltiples justificaciones significativas para ellas, y valorarlas detenidamente. Aun así, tal decisión no está exenta de duda; sin embargo, les permite ser conscientes para enfrentar de algún modo la subordinación y seguir adelante con el ejercicio de su autonomía. Así ocurre con la decisión de la IVET.

En otras palabras, las mujeres orientan sus actos hacia la IVET, de acuerdo con lo que un embarazo y el aborto significa para cada una de ellas, sin perder de vista que dicho significado es el producto de la interacción social con su prójimo, en una sociedad donde las mujeres están sometidas y cuyo mandato es el de reproducirse y no abortar. Pero los significados se procesan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado de acuerdo con cuanto han vivido y viven en el momento presente; ellas son conscientes del mandato de su sociedad (parir, tener hijos), pero también interpretan y saben lo que implica tener un hijo no deseado o malformado, para ellas, sus familias e incluso para el propio recién nacido, especialmente, las dificultades que irían a enfrentar en el futuro, entre otras consideraciones; con todo ello, toman la decisión que va en contra de lo estipulado socialmente y en contra de los propios significados que le venían dando al embarazo y al aborto.

Las justificaciones a las que acuden las mujeres son procesos interpretativos de su propia realidad. Veamos dos ejemplos de justificación. La que acude a colocar su decisión como aprobada por la autoridad divina, y la que justifica la acción por el amor maternal.

a) Encomendar la decisión de la IVET a Dios, al Dios todo poderoso que determina la vida de las personas. Si su realidad es confesional, en consecuencia, la decisión de la IVET ya no es una responsabilidad exclusiva de la mujer, sino que también le compete a Dios, que así lo quiso; de esta manera, se trata de compartir tan grave decisión, depositando parte de la misma en fuerzas superiores y externas. Esto les ayuda a tomar la decisión y a ejecutarla, pues las mujeres están acordes

con un mandato superior, un mandato que no depende directamente de ellas.

b) Otra interpretación o justificación se refiere a los hijos. Son partes de ellas mismas, por los cuales darían hasta la propia vida. Los hijos que ya están presentes y a los que es necesario evitar, para librar a los unos y a los otros, a toda costa, de mayores sufrimientos. Situaciones como la falta de recursos afectivos, sociales o económicos, justifican la decisión de la IVE, imponderables como la falta de solidaridad y la violencia del compañero afectivo, la falta de dinero (que un nuevo hijo sin lugar a duda, agravaría); el sufrimiento de la familia.

La decisión también se toma por el hijo que se lleva en el vientre, evitándole el dolor que padecería en las circunstancias difíciles en que viven las mujeres y sus familias, o eludiendo el sufrimiento de intervenciones médicas heroicas para recién nacidos con malformaciones graves, que casi con certeza no salvarán sus vidas, o si viven no lo podrán hacer con calidad. Tales interpretaciones o justificaciones modifican los significados previos que las mujeres tenían sobre la maternidad y la IVET, que son los significados de la mayoría de la sociedad. De esta manera, pueden enfrentar el conflicto interno de tener que tomar una decisión que va en contra de sus propios significados, que son los significados aprendidos en sus interacciones sociales (174).

### **7.1.3. La intimidad y secreto de la decisión de IVET**

La decisión de la IVET es muy íntima, por ser una decisión sobre sí misma y sobre el ser que se lleva dentro, que es parte de ellas, pero principalmente por el hecho de tener que enfrentarse a los significados contrarios de la sociedad sobre la vida y el aborto, así como enfrentarse a sí misma, a los significados de terminar una vida y parir un feto muerto. La mujer en este caso tiene que tomar una decisión que no la satisface, que la violenta, que la afecta en lo más profundo de su ser y que la hace sentir como una asesina de una parte de su propio ser: su hijo-a. Sin embargo, no existe otro camino posible para salir de la encrucijada de un embarazo no deseado y no aceptado, generalmente por salud mental, o con un embarazo deseado, pero con un feto malformado. Así sufra con su decisión, es la única opción razonable y por ello se ve obligada a modificar sus propios significados aprendidos sobre la vida y el aborto. Pero la sociedad sigue con sus significados intactos y por lo tanto, la decisión sólo puede ser tomada en la mayor intimidad posible, para evitar luchas innecesarias con dicha sociedad.



La primera situación que obliga a las mujeres a tomar una decisión secreta es el tener que enfrentar la subordinación histórica del patriarcado reinante. Las mujeres se ven avocadas a ser cautelosas y a tratar de actuar sin afectar ese sistema que se iría al unísono en contra de sus decisiones y esto ocurre independientemente que la causal sea riesgo para la salud o la vida de la mujer, malformación fetal o violación.

La segunda causa por la cual las mujeres toman en secreto y soledad su decisión íntima es porque bajo las reglas del juego patriarcal, la autonomía de la mujer iría de entrada en contra de las reglas o mandato de la dominación masculina, y por consiguiente, el poco o mucho capital simbólico de la mujer, se vería diluido, perdido, y en consecuencia, se vería obligada a enfrentar el poder de los demás, los juicios y las sanciones de las instituciones y de los individuos, hombres y mujeres, participantes en ese invisible campo de poder patriarcal (16).

Lo anterior ocurre con cualquier decisión de la mujer, pero se ve agravada en el caso de la IVE o peor aún de la IVET, pues, además de desafiar el poder masculino, se está yendo contra otros principios fundamentales: la reproducción y el crecimiento, en este caso de la población; de ahí que estas prácticas sean consideradas como un asesinato por la mayoría de la sociedad. En consecuencia, la mujer subordinada, propiedad de la masculinidad (201) ahora es considerada asesina, y será mucho menos escuchada en cuanto a los motivos que la llevaron a tomar su decisión.

Pero existe una tercera arista y quizá la más importante para explicar la decisión íntima y es el hecho de tomar una decisión que confronta a la mujer consigo misma. Es una confrontación con sus significados previos sobre la maternidad y el aborto, es asumir y modificar sus significados, de acuerdo con sus vivencias. Si partimos del hecho de que todos-as en nuestra sociedad estamos jugando en el campo patriarcal y que las reglas de juego están interiorizadas profundamente (16), tenemos que reconocer entonces, que las mujeres en términos generales han asumido las reglas de sumisión, de obediencia, de procreación, de ser subordinadas, o mejor, ser propiedad del macho. Son estas mujeres las que se ven en una situación de confrontación más aguda ante su decisión de la IVET, pues, contravienen las reglas de juego del patriarcado que ellas mismas han asumido. Esta desobediencia, sin embargo, las induce a hacer una reflexión sobre lo que ellas son y lo que realmente quieren hacer.

La forma de enfrentar la subordinación en contra de las reglas del juego patriarcal, consiste para estas mujeres, en tratar de no involucrar a otras personas o instituciones en su decisión de la IVET y por consiguiente,

tratar de ocultar incluso la gestación. Pero también tienen que enfrentarse con sus propios significados; es inevitable tener que confrontarse consigo misma y verse en la obligación de reflexionar, de reconsiderar y modificar sus significados, de valorar con atención y detenimiento su decisión de hacer la IVET, de analizar minuciosamente todas las situaciones que le atañen y llegar a entender y modificar su comprensión sobre la maternidad y la IVET; en contradicción de ellas mismas han de tomar la decisión y lograr lo que quieren hacer.

Toda decisión se toma en soledad, cuando es una propia decisión; pero la soledad y el secreto en la toma de la decisión de la IVET, se da especialmente por el temor de las mujeres a enfrentar a las personas cercanas y no cercanas de su entorno social, que posiblemente no estarán de acuerdo con su decisión. La mujer sabe que en su sociedad, la mayoría de los hombres y las mujeres dan un significado negativo al aborto, la IVE y la IVET; pero aún más a esta última, que implica la interrupción de la vida del feto antes de inducir el trabajo de parto y el parto de un feto muerto. Esta forma de ver la vida está impresa con tinta casi indeleble en lo más profundo de las personas, inculcada por instituciones como la familia, la escuela, la religión y la justicia, entre otras. Estas instituciones ya existen desde antes que un individuo nazca, y crean todas las condiciones y mecanismos necesarios para que hombres y mujeres incorporen una forma específica de ver la vida, y en este caso en particular, de ver la maternidad y el aborto, de acuerdo con las reglas de juego de la sociedad donde nacen y crecen. Como diría Bourdieu, son los agentes de socialización que aseguran la dominación masculina; en otras palabras, los significados de las cosas que la sociedad transmite a sus integrantes y que estos integran en su pensar, sentir y actuar (174). Por consiguiente, las mujeres no confían en su entorno y prefieren asumir el proceso de la IVET en soledad y en secreto.

Si ya existe una confrontación profunda entre los significados previos de las mujeres y la decisión de la IVET, como entre dichos significados, su replanteamiento y transformación, es mejor no agregar presiones externas adicionales que harían más difícil y complejo mantener la decisión y actuar en contra de la mayoría, que, además, son sus referentes; por consiguiente, la decisión es fundamentalmente secreta y en soledad; no se puede compartir con otras personas, no es una opción aceptada por la sociedad. Para evitar que influyan activamente en su decisión, en su reconsideración y transformación de significados sobre la maternidad y la IVET, es mejor la estricta confidencialidad, para tratar de impedir que le obliguen a la mujer a cambiar su decisión, que ejerzan

“dueñidad” (201) sobre su cuerpo y le impongan otras decisiones, que la obliguen a continuar con la gestación sin querer.

La decisión de la IVET se da calladamente por no querer que las personas del círculo más cercano, como su pareja, su familia, sus amigas-os, ejerzan dominación y la traten como su propiedad; ya es más que suficiente para sus fuerzas, estar acorralada por un embarazo que no quiere tener o por un embarazo deseado pero con un feto con malformaciones incompatibles con la vida extrauterina y angustiada por sus propias convicciones patriarcales que le impulsan al supuesto “deber” de continuar con la gestación o el deseo de tener un hijo sano, como para permitir que terceras personas lleguen a complejizar e incluso imponer una decisión.

Para concluir la presentación de este fenómeno problemático central, puedo afirmar que el justificar íntimamente la decisión de la IVET, en un entorno de soledad y secreto, y el enfrentar un asunto tabú que las confronta (consigo mismas y con los demás), evidencia las interacciones simbólicas inequitativas que se llevan a cabo en nuestra sociedad, pero también muestra la resistencia de las mujeres contra tal tipo de interacciones injustas, en un proceso que no termina sino que continúa y evoluciona, e incluso hace que las mujeres adquieran consciencia de su autonomía, cambien su visión del mundo y transformen sus vidas, incidiendo de alguna manera en el logro de una existencia digna para los seres humanos. Estas positivas consecuencias experimentadas por las mujeres que se han practicado la IVET, serán retomadas en el acápite dedicado a discutir los hallazgos de la investigación en cuanto a las consecuencias, especialmente el empoderamiento de las mujeres.

## **7.2. Contexto para la decisión de la IVET**

*Negación sistemática de derechos sexuales y derechos reproductivos, y estigmatización<sup>31</sup> de la mujer.*

Todo el proceso de pensar y tomar una decisión (presentarse a sí misma todos los aspectos implicados), tiene lugar en un contexto social determinado, en este caso en una sociedad misógina, autoritaria, violenta, donde la religión patriarcal tiene considerable poder, y donde la

---

<sup>31</sup> “Mientras el extraño está presente ante nosotros puede demostrar ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente a los demás (dentro de la categoría de personas a las que él tiene acceso) y lo convierte en alguien menos apetecible –en casos extremos, en una persona casi enteramente malvada, peligrosa o débil-. De este modo, dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado. Un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio; a veces recibe también el nombre de defecto, falla o desventaja” (206).

IVE y la IVET son un tabú. En consecuencia, muchos individuos de esta sociedad, dotados de un "sí mismo-a", se han formulado indicaciones a sí mismos exaltando la gestación y prohibiendo la IVET, y las mujeres son conscientes que toman su decisión y que llevan a cabo su acción, llevando la contraria a estos significados mayoritarios de dicha sociedad.

La negación de derechos humanos es el contexto general de la negación de derechos sexuales y derechos reproductivos. Esta negación se da también en un contexto de violencia, propia de una historia de dominación en la cual ciertos grupos humanos son catalogados como inferiores, sucios, impuros, despreciables y por lo tanto, pueden ser agredidos o eliminados.

En este desafortunado orden de ideas, la historia de las mujeres demuestra que ellas han sido el primer grupo sometido en el devenir de la humanidad (197).

Las mujeres han sido históricamente uno de esos grupos discriminados y siguen siendo un grupo predilecto de dominación, subalternidad (3) y subvaloración. Por ejemplo, al ser "amas de casa" a cargo de sus machos, teniendo que satisfacer todas sus necesidades so pena de maltrato físico, violación e incluso el asesinato, hoy catalogado jurídicamente como feminicidio (2); o cuando trabajan fuera, atienden su hogar, sus hijos-as y su marido, haciendo una gran cantidad de trabajo fantasma que nadie recompensa (203). Así también, han tenido que sufrir violencias físicas, económicas y sexuales en su hogar de origen, en su hogar actual, y fuera de él.

Pero las mujeres no sólo sufren violencia y negación de sus derechos en el ámbito doméstico sino también en el contexto de la guerra, donde han venido siendo abusadas, violadas, embarazadas, golpeadas y asesinadas por ser consideradas inferiores (204).

La mentalidad patriarcal y guerrera se basa en degradar al diferente, considerándolo enemigo, incluso tratando de eliminarlo de la faz de la tierra. En este contexto la aberración llega hasta la expectativa de sentir alegría por el exterminio de otros u otras (205).

En Colombia, una larga historia de guerra y violencias con actuación de diversos grupos armados, ejército, paramilitares, guerrillas, mafias del narcotráfico y bandas criminales, se filtra en la historia de las mujeres que han participado en la investigación. Muchas mujeres en nuestro país, han sufrido la violación de sus derechos y han sido víctimas de amenazas y de muerte, en este desafortunado contexto.

La negación sistemática de derechos sexuales y de derechos reproductivos a las mujeres, termina estigmatizándolas, por haber tomado la decisión de la IVE o la IVET. Este es el ambiente en el cual ellas barajan los significados que habían socializado desde su infancia, con los nuevos significados que van creando a raíz de la nueva situación vivida. La cuestión del estigma está asociada con el rechazo o el miedo al rechazo, con excluir a la mujer creyendo que sufre un mal contagioso.

El tema de la estigmatización, desde la psicología social es definido como un mecanismo para el control de la identidad de los grupos y de las personas, que maneja argumentos moralistas para mantener la desigualdad (los normales y los anormales), descalificando a quienes se atreven a salir de lo establecido; por ello tiene relación con los dispositivos de alienación, de enmascaramiento y encubrimiento pues en el fondo cumple una especie de función pedagógica para conservar el *statu quo*. Se trata de racionalizaciones para jugar a ser normal, al querer hacer del otro el marginal, endilgándole un "...Yo precario, sujeto al abuso y al descrédito" (206).

Es en este contexto, caracterizado por la agresión, la discriminación y los prejuicios de las personas que se oponen, las mujeres son principalmente atacadas por personas relacionadas con organizaciones basadas en creencias religiosas, y personas del sector salud que están en contra de la IVE, y con mayor fuerza en contra de la IVET.

El contexto entonces, en el que viven las mujeres, se caracteriza por las luchas de dominación de lo masculino patriarcal sobre lo femenino, y por la oposición de muchas de ellas a dicha dominación (204); es una lucha por el cambio de significados, por comprender que no son seres sometidos, que se pueden liberar de dichas fuerzas de dominación, que pueden dejar de ser sumisas, que son autónomas, que pueden tomar decisiones y en este caso en particular, sobre la IVE y la IVET.

Para entender el porqué de la lucha y de la negación sistemática de los derechos en general, y de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos en particular, por una proporción muy grande de la población, se deben entender las profundidades del sistema o cultura patriarcal. Esto arrojaría claridad conceptual sobre las raíces de la lucha contra un poder que domina e impone su forma de ver el mundo a las mujeres y a grandes sectores de la población, pero que, además, destruye el mundo en que habitamos y del cual somos parte, no dueños.

En los trozos de entrevista ya presentados, está implícito también, el hecho del desconocimiento o de la omisión de los derechos sexuales y los derechos reproductivos por parte del contexto institucional, a pesar de

que dichos derechos fueron promulgados por la ONU como derechos humanos que deberían aplicarse por todos los Estados pertenecientes al sistema de Naciones Unidas (207).

Que dichos derechos hayan sido reconocidos como derechos humanos es un gran avance en la historia de la humanidad, pero a pesar de este avance institucional, la realidad nos muestra que aún está lejos de que este reconocimiento haga parte de la vida cotidiana, tanto de las mujeres como de los hombres en todos los rincones del Planeta, y es por ello por lo que, en la práctica, su implementación no es uniforme y que, incluso, haya retrocesos en muchos lugares. Pero ¿Qué hace que ni los derechos humanos y menos aún, los derechos sexuales y los derechos reproductivos hayan sido apropiados e implementados, y que persista la violación permanente de dichos derechos por parte de los Estados, las instituciones y los individuos? ¿Qué hace que el derecho a elegir si vivir en pareja o no, y a formar una familia o no, a utilizar métodos anticonceptivos, así como a decidir si tener o no hijos y cómo y cuándo tenerlos, no sean derechos universalmente aceptados? Y por último: ¿Por qué la IVE causa tantas controversias y es un derecho inalcanzable para millones de mujeres en el mundo?

En los testimonios previos se hablan de dichas violaciones a los derechos sexuales y derechos reproductivos, y que indican un ejercicio del poder como dominación, desde el contexto institucional: como imposición –que no deja hablar a la persona en situación de paciente -, como señalamiento y rechazo, o como soslayados castigos por no cumplir el mandato patriarcal de reproducción asignado a las mujeres.

Para tratar de entender la negación de derechos a las mujeres, como la del derecho al aborto legal y seguro, es necesario explorar los orígenes de dicha negación, y al hacerlo, contribuir a la necesaria y urgente transformación de mentalidades. Esta entender que estamos inmersos en un contexto patriarcal milenario que se basa en la dominación del hombre sobre la mujer y en el avasallamiento de la naturaleza. El mito de origen del sistema patriarcal consiste en atribuir todo poder a la imagen abstracta de un dios masculino creador de la tierra y dador de vida a los seres humanos, que coloca a la mujer en un lugar secundario. En este mundo imaginario se crean y recrean jerarquías, se degrada a las mujeres y a otros grupos humanos. Esta dominación y estas absurdas jerarquías, se mantienen a través de la violencia, pero además, de la destrucción de la naturaleza, para continuar el círculo de poder y explotación (2).

La dominación de las mujeres fue un acto magistral que requirió la creación humana del monoteísmo, el cual creó una fuerza superior a los

seres humanos, que dio origen al desplazamiento de la mujer y de la Tierra misma, como dadoras de vida, y las reemplazó por la creencia en un dios masculino que las absorbía a ambas (2). Tan gran poder viril, se consideró entonces fuente de todo lo existente, y se despojó simbólica y materialmente a las mujeres de su majestuoso papel natural de ser las dadoras de la vida. De esta forma, el dar vida ya no era una función de la mujer o de la Tierra, y pasó a ser una función del dios masculino.

Ahora bien, en la jerarquía establecida, hay hombres con poderes mayores, como faraones, emperadores, reyes, rabinos, papas, imanes, entre otros, que se supone tienen directa comunicación con ese dios todopoderoso; los hombres comunes, en consecuencia, se justifican en su autoridad y mando en la escala del mundo cotidiano, por ejemplo, como *pater familias*. El cambio histórico cultural, iniciado hace unos cinco mil años, desmonta el admirable papel y status de la mujer como dadora de vida y hace dueños a los varones, no sólo de la reproducción, sin tener útero, sino también de la mujer y la naturaleza (2). Por supuesto, mantener esta nueva creación abstracta y antinatural, implicó el montaje de un sin número de mecanismos e instituciones para reafirmar y mantener la creencia en el dios padre como fuente de todo lo existente y la de sus representantes varones en la tierra. Esta constante se encuentra en todas las religiones monoteístas, donde el dios masculino está por encima de la naturaleza y de los seres humanos, logrando de esta forma someter a la tierra, a la reproducción y a las mujeres a su mandato y por ende, al mandato de los hombres.

El patriarcado nos lleva entonces a dominar la reproducción de plantas, y animales, así como la reproducción de las poblaciones humanas, como ha ocurrido desde la revolución agrícola (104). En el caso de plantas y animales podemos afirmar que su producción y reproducción se mecanizaron, los animales se dejaron de ver como criaturas vivas que podían experimentar dolor y angustia y empezaron a ser tratados como propiedad, como máquinas (104), sometidos a una explotación sin precedentes, con el propósito de aumentar la acumulación y ratificar la dominación. De manera similar la dominación de la mujer fue y es fundamental, pues es la fuente de la vida humana, ella pare los guerreros y la clase asalariada que garantizaron y garantizan la supervivencia de las élites, de los que se comunican con dios, y demás mortales. Para degradarlas, deben ser sometidas y convertidas en seres subalternos (3) o incluso subhumanos (204), negando su capacidad de dar vida y manteniéndolas bajo el control del mandato masculino, para beneficio del sistema patriarcal. Por lo tanto, las mujeres son vistas como los animales que reproducen la especie y aseguran la supervivencia del sistema; no

son seres humanos (208), por consiguiente se les puede imponer el mandato de reproducción, además de que pueden ser maltratadas, violadas, torturadas, asesinadas, y el sistema lo ve como algo natural<sup>32</sup>.

La imagen de un varón que ostenta el máximo poder por sobre todo, está profundamente arraigada en la mentalidad de la población en el Occidente. Casi todas las mujeres entrevistadas mencionan a esta divina entidad masculina, invisible y actuante, como protector o como figura paterna amenazante, en todo caso, causa y motor de todo lo que sucede y les sucede.

Otra manifestación de la dominación masculina es la negación del trabajo de reproducción de las mujeres; así este reconocido parcialmente por los Estados, en la práctica de los seres humanos comunes y corrientes no es valorado, a pesar de que sin este trabajo, llamado "fantasma" (203), el trabajo de reproducción y cuidado, es el que garantiza la vida. En las culturas no patriarcales, ambos sexos aportaban al sostenimiento del hogar e incluso las mujeres tenían roles muchas veces más preponderantes que los de los hombres; con el advenimiento del patriarcado las mujeres fueron confinadas a la casa, a la nueva cárcel donde el trabajo "fantasma" no era reconocido (203). Sin embargo, debemos entender que el confinamiento de las mujeres en sus casas y la de los hombres en sus roles de proveedores, son conspiraciones de la sociedad patriarcal que afectan a ambos sexos; ambos son realmente víctimas del sistema patriarcal.

El trabajo de la reproducción (que incluye las labores del cuidado), es una forma particular de dependencia o esclavitud de la mujer, pues ésta pasa a depender del hombre, que supuestamente la debe cuidar y mantener; pero a su vez el hombre también es dependiente o esclavo de otros hombres. En otras palabras, se aprovecha doblemente, el trabajo de reproducción de las mujeres, sin pagarlo, y el trabajo asalariado de los hombres, quienes son explotados en el capitalismo, para la producción de plusvalía (203).

La diferencia entre trabajo del cuidado, no remunerado (fantasma) y el productivo o remunerado, es fundamental, pues más allá de que el trabajo fantasma no sea pagado, se elige, mientras que el trabajo fantasma se destina a las mujeres por el hecho de nacer mujer, generando pérdida de tiempo para su vida productiva y creativa, sufrimiento, así como pérdida de dignidad humana (203). Esta degradación, vista como natural, mantiene a la mujer en una escala

---

<sup>32</sup> En mis anotaciones del Diario de Campo, pueden evidenciarse las diversas formas de maltrato a que son sometidas las mujeres participantes en esta investigación.



inferior a la de ser humano; la convierte en un animal que debe ser domado, domesticado y se debe plegar a los deseos de su amo, el hombre.

En los relatos se puede deducir la negación e infravaloración del trabajo de reproducción, y la violación de los derechos (al trabajo remunerado y al estudio) de las mujeres, por parte del padre de los hijos-as y de empleadores, corroborando la existencia de la dominación masculina sobre ellas, a pesar de que las disposiciones legales estipulen otra cosa.

De igual importancia para el sistema patriarcal, que el poder, la violencia, la guerra, la dominación, las jerarquías y la destrucción de la naturaleza, está la justificación racional del control y la dominación de los otros a través de la apropiación de la verdad (1). La evidencia "racional" que comprueba las hipótesis generadas por las mentes de los científicos, se considera la verdad absoluta; lo cierto es que el patriarcado contamina también a la ciencia y por tanto la pone a su servicio; ésta, desde una pretendida autoridad objetiva, termina construyendo verdades que contribuyen a su mantenimiento y el de las élites. Así que no es gratuito el rechazo a investigaciones que parten de los problemas concretos que aquejan a las mujeres y que buscan explicar la realidad desde su propia voz. Fue un hallazgo de esta investigación, corroborar durante la revisión sistemática de la literatura sobre los significados de las mujeres con respecto a la IVET, que no existían ni tres artículos que abordaran dicha temática desde la perspectiva de ellas. Muchas preguntas fundamentales no están en la mente de los hombres filósofos o científicos, porque son cuestiones situadas en la realidad de las mujeres. Sólo partiendo de dicha realidad, para entenderla y develar los mecanismos de dominación que son vistos como naturales, podremos considerar y lograr que las mujeres sean seres con iguales derechos a los hombres. He aquí la importancia de partir de la realidad vivida, para investigar, y no de las ideas de los hombres o mujeres patriarcales que buscan construir un mundo ilusoriamente mejor, pero basado en una injusta desigualdad.

Este es *grosso modo*, el sistema patriarcal: dominación, explotación, violencia, guerra, destrucción de la naturaleza. Es desde la dominación que se mantiene el mandato masculino sobre las mujeres y sobre su fuente de poder natural, la capacidad de decidir sobre la reproducción, de donde se desprende la imposición de la reproducción como obligación femenina, y la oposición al aborto. Es esta negación del derecho a decidir, la que garantiza la subordinación de las mujeres y su servidumbre para el mantenimiento del sistema y de sus élites.

Ahora bien, todo este ambiente hostil de ejercicio de poder sobre las mujeres que acceden a la IVET, las estigmatiza y las somete a un mayor sufrimiento, pues ya no es sólo el proceso doloroso de enfrentarse con sus propios significados sobre la maternidad y la IVET y tratar por todos los medios de ocultar la gestación, y hacerse la IVET en soledad, sino también de soportar las actuaciones de desaprobación y recriminación de las personas individuales o a nombre de instituciones que se oponen al aborto y que se enteran de la situación que ellas están viviendo. Si se enteran antes, tratan de impedir que las mujeres continúen adelante con el proceso de la IVET y si ya ocurrió, hacen lo posible para hacerlas sentir mal y culpabilizarlas del acto que acaban de realizar. Sin embargo, difícilmente estas actuaciones las hacen cambiar de decisión, por el contrario, se reafirman en su decisión de la IVET y continúan buscando el camino indicado para hallar la solución a su situación. Pero en los casos en que ya ocurrió el hecho, por diferentes mecanismos se intenta castigarlas, hacerlas sentir culpables y si se quiere, condenarlas a que no olviden nunca lo que hicieron, actuando como jueces implacables a nombre del sistema patriarcal.

El contexto donde se lleva a cabo la decisión de la IVET, está condicionado por el sistema patriarcal, el cual produce, no sólo la dominación del hombre sobre la mujer, sino también las demás dominaciones existentes: del ser humano sobre la naturaleza, de los hombres hacia otros hombres, entre otras. Comprender este contexto, permite aclarar el derrotero para tener una actitud más abierta, comprensiva y respetuosa frente a la vida y decisiones de las mujeres, lo mismo que nos puede hacer más conscientes de cuáles deben ser los alcances de nuestras luchas por conseguir que el sistema de salud y las demás instituciones sociales, respondan adecuadamente al cumplimiento de los derechos de las mujeres. Y sobre todo, no dejarnos conducir por el propio sistema patriarcal y terminar trabajando para él.

Ahora acerquémonos a reflexionar en las causas que llevan a la decisión de la IVET, según los hallazgos de la investigación.

### **7.3. Las causas y las circunstancias que llevaron a las mujeres a la decisión de la IVET**

*Tener que enfrentar tardíamente un embarazo no deseado, por una violación o con feto malformado, lo cual genera un gran sufrimiento*

El primer objetivo específico de esta investigación, fue caracterizar las situaciones que viven las mujeres al enfrentarse a un embarazo avanzado, a un embarazo que no es deseado, un feto malformado, un embarazo fruto de violación sexual, o un embarazo que pone en riesgo su vida; y frente a esa situación, indagar cómo llegan a tomar la decisión de realizarse una IVET.

Este propósito se enlaza con el segundo objetivo específico que se propuso: entender las circunstancias que rodearon la toma de decisión de la IVET por parte de las mujeres, y comprender el por qué o las causas de dicha decisión.

### **7.3.1. Enterarse del embarazo en una edad gestacional avanzada, una sorpresa y un dolor**

El enterarse de una gestación no deseada, es encontrarse sorpresivamente sobre un escenario no buscado, no deseado, donde no se ha querido voluntariamente estar. Tener que enfrentar tardíamente un embarazo no deseado (salud mental), además, genera un gran sufrimiento.

La característica que salta a la vista en las entrevistas, es que a las mujeres, esta situación problemática las tomó por sorpresa. Las palabras más repetidas son *jamás, nunca, no*.

Muchas mujeres no habían pensado en quedar embarazadas, algunas quisieron quedar embarazadas, pero nunca pensaron en problemas de malformación fetal, y ninguna había pensado en tener que abortar. Sus planes eran otros: por ejemplo, su desarrollo personal y familiar.

Fue inesperado el embarazo, porque estaban seguras de su conocimiento de sí mismas, de su calma, de su autocuidado, de su estabilidad, de su adultez.

Así pues, casi en todos los casos, la situación del embarazo, o de tener que interrumpirlo, lo mismo que el hecho de una violación o de una malformación fetal, cogió a las mujeres por sorpresa; nunca habían pensado en ello.

Esta característica se da con independencia de la edad, la creencia religiosa, el número de hijos o el nivel educativo.

### **7.3.2. Causas de la decisión tardía de interrupción de la gestación**

La decisión de terminar con la gestación, de manera tardía, se debe a múltiples hechos y circunstancias, entre los cuales las mujeres refieren experiencias que se pueden organizar dentro de estos tres asuntos:

-Autopercepción del embarazo: Enterarse o hacerlo consciente en una edad gestacional avanzada. Negar la gestación. Creer que no se está en embarazo, sino que se tienen irregularidades menstruales. Creer que no está en embarazo porque se está usando un método anticonceptivo.

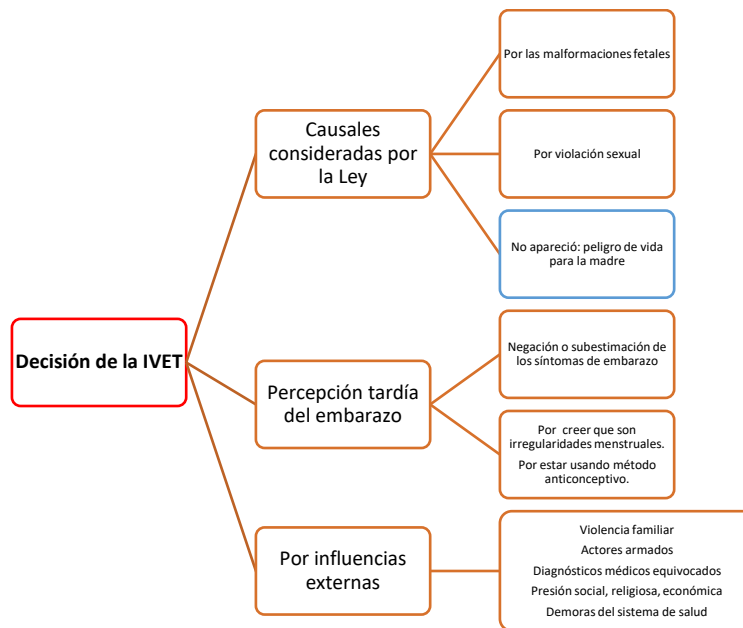
-Malformaciones Fetales y Violación Sexual: Éstas son causales de aborto legal (en Colombia). Frente a estas situaciones, muchas veces la mujer no logra reaccionar prontamente para tomar la decisión de la IVE: (por lo sorpresivo e inesperado, o por lentitud en la atención médica o jurídica).

- Por malformaciones fetales incompatibles con la vida, diagnosticadas tardíamente en embarazos deseados o aceptados.
- Por violación sexual que lleva a una decisión tardía.

El peligro de vida de la madre, que también está entre las tres causales de aborto legal, no apareció en ninguno de los relatos de las mujeres entrevistadas para esta investigación.

-Presiones externas:

- Por sufrir violencia de pareja o intrafamiliar que le impidió tomar decisiones oportunamente.
- Porque grupos armados impiden actuar a la mujer de forma oportuna.
- Por diagnósticos médicos equivocados.
- Por presiones sociales, económicas o religiosas.
- Por las barreras impuestas por el sistema de salud que hacen demorado el trámite para que la gestación se interrumpa prontamente, llegando ésta a prolongarse por varias semanas antes de que la mujer sea atendida.



**Figura 3.** Causas de IVET nombradas por las mujeres.

### **7.3.2.1. Autopercepción del embarazo: negación y desconocimiento, durante un tiempo que sobrepasa las 21 semanas.**

Es tal la sorpresa y el desconcierto que muchas mujeres entran en un estado de negación de la gestación. La negación del embarazo es una situación frecuente, donde la mujer no puede creer que esté en embarazo y por lo tanto no actúa, pues en su mente no está un embarazo y además quiere continuar con su vida tal cual la lleva hasta el momento, en la cual no está contemplado un embarazo y mucho menos un hijo. Se quedan negando por todos los medios la posibilidad de un embarazo y asumiendo otras posibilidades que expliquen sus síntomas o asumiendo los comentarios de las personas que las rodean y entre tanto el tiempo sigue avanzando y como se dijo previamente, si una persona no es consciente de algo, no le construye significado para la acción.

La negación termina, no de manera simple, cuando las evidencias son incuestionables, cuando la ropa no les sirve, cuando la báscula evidencia el aumento de peso, cuando sienten movimientos fetales, cuando una ecografía les muestra el feto en el interior de su abdomen o cuando las personas que la rodean hablan de la posibilidad de un embarazo. Es tener que hacerse consciente de algo que no desea, pero que ya es un hecho, es una realidad inocultable: el embarazo. Es solo hasta ese momento que se hace consciente de esta situación e inicia todo el proceso de valoración,

de significación de todas las variables que la llevarán a tomar la decisión de realizarse una IVET.

Usualmente al recibir la noticia del embarazo no lo pueden creer, su pensamiento previo lucha con la realidad que se les devela e inician un proceso de hacerse conscientes de la situación y simultáneamente inician el proceso de significación de todos los elementos que tienen que ver con la toma de la decisión, despliegan todas las opciones conscientes para ellas, evalúan las mismas y toman la mejor decisión para cada una de ellas.

A veces, las mujeres creen que no están en embarazo, sino que se tienen irregularidades menstruales. Es una negación que subestima los signos de la gestación, por ejemplo, por causas tales como tener una historia de ciclos menstruales largos o de duración muy variable. Si esto les viene ocurriendo usual o frecuentemente, entonces algunas mujeres asumen el atraso de la llegada de su menstruación con naturalidad dado que esta situación es lo normal en su vida. Sin embargo, cuando tal atraso persiste, comienza la angustia y se ve obligada a acudir a consulta médica. Es en ese momento cuando reciben la noticia del embarazo y cuando surge una situación alarmante a la que hay que prestar toda la atención para poder tomar una decisión.

También la mujer puede suponer que no está en embarazo porque está usando un método anticonceptivo. Hay mujeres que por estar usando un método anticonceptivo confían en que su retraso se trata de algo normal por el uso del propio método y no se hacen conscientes de que su método de anticoncepción haya podido fallar.

Estas falsas confianzas (significados), las hacen sentirse más cómodas y tranquilas, por lo tanto, se quedan esperando a que la menstruación llegue en cualquier momento y continúan con su vida normal, por lo menos por algún tiempo.

### **7.3.2.2. Malformaciones fetales y Violación Sexual: terribles sorpresas**

Frente a estas situaciones, muchas mujeres no logran reaccionar prontamente para tomar la decisión de la IVE y al pasar el tiempo entonces, deben recurrir a la IVET.

De las tres causales legales en Colombia para practicarse la IVE, en las entrevistas a las mujeres se hicieron evidentes parcialmente las tres: las malformaciones fetales, el embarazo causado por violación sexual y el riesgo para la salud mental. El embarazo que pone en riesgo la vida de la

mujer no apareció en ninguno de los relatos de las mujeres entrevistadas para esta investigación.

En este caso, se trata de mujeres con embarazo deseado o aceptado, que tienen fetos mal formados, incompatibles con la vida, y que fueron diagnosticadas tardíamente.

En otras dolorosas situaciones, son mujeres que han sido víctimas de violación sexual que las deja en embarazo, y que, por trauma, falta de información, problemas con el acceso a servicios de salud y justicia, lo mismo que otros motivos, llegan a una decisión tardía con relación a la IVET.

Las causas que llevaron a estas mujeres a una encrucijada fueron sorprendidas, inesperadas: la violación, la malformación fetal. Ninguna mujer espera que su embarazo conlleve serios problemas de malformación fetal. Ninguna mujer espera que la agredan, menos con una violación sexual. Tampoco espera la terrible sorpresa de quedar embarazada por tal violación.

❖ **IVET decidida por las malformaciones fetales incompatibles con la vida, diagnosticadas tardíamente en embarazos deseados o aceptados:**

Las malformaciones fetales, usualmente en embarazos deseados, descubiertas tardía o tempranamente, pero con procesos diagnósticos innecesariamente exhaustivos y lentos, llevan a una negación del diagnóstico de la malformación incompatible con la vida, por parte de las mujeres, y de sus familias. Por esto se lanzan a múltiples verificaciones y consultas médicas, incluidos los más prestigiosos profesionales, y a realizarse exámenes adicionales que al final confirman el diagnóstico, no sin antes tener que enfrentar promesas de tratamientos especiales y costosos, o milagros que podrían ocurrir. Sólo luego de vivir este largo proceso de valoraciones, la mujer llega a la absoluta necesidad de tener que tomar una decisión con respecto a la terminación de la gestación.

En un acto de amor extremo la mujer decide la IVET para evitar sufrimiento, carencias y menosprecio por parte de la sociedad hacia el nuevo ser.

❖ **Embarazo por violación sexual:**

La violación sexual es una violencia que la mujer no espera; es una sorpresa terrible ser víctima de este delito y es más terrible cuando la mujer se entera de quedar embarazada de esta relación sexual que no fue consentida. "Otra de las consecuencias perversas de la violación es la preñez. Un porcentaje indeterminado de mujeres violadas en edad

reproductiva quedan embarazadas de sus agresores. Algunas de las sobrevivientes se ven forzadas a contar la historia de su violación presionadas por la preñez, que es la imposición de la violencia en sus entrañas, y un nuevo impacto sobrepuesto a la fragilidad emocional en que se encuentran” (209).

En medio de su dolor y humillación por haber sido violada, la mujer comprende que no quiere el embarazo, pero se demora en tramitar su dolor, duda si arriesgarse a contar el hecho, duda en arriesgarse a denunciar y todo se va demorando mientras la gestación avanza.

En algunos casos hay mujeres que sufren retención y violación por parte de grupos armados, agregando que el violador ejerce presión sobre ella para que sienta temor y no pueda conseguir ayuda<sup>33</sup>.

### **7.3.2.3. Presiones externas**

Muchas veces las mujeres llegan a la decisión de la IVET, por la presión externa de factores sociales o económicos, como la violencia de pareja o intrafamiliar. Ésta a menudo le impide tomar decisiones oportunamente. Otras veces, han sido grupos armados quienes no la dejan actuar de forma oportuna frente a su gestación. También los obstáculos impuestos por el mismo sistema de salud, como las demoras en la atención, la falta de información, la ausencia de personal médico que las atienda, y hasta diagnósticos médicos equivocados, causan el retraso en la decisión de la mujer por la IVE, por lo cual debe recurrir a la IVET.

#### **❖ Por sufrir violencia de pareja:**

La violencia de la pareja hombre contra la mujer, es un problema que viene de generación en generación. Las mujeres la han vivido en carne propia o ajena, muy cerca y desde la infancia.

Alguno de los fenómenos de los que se hacen conscientes las mujeres durante el proceso de tomar la decisión de la IVE o la IVET, es la violencia de pareja que actúa como detonador para afirmarse en tal decisión; quizá para evitar más violencia contra ella misma o contra su futuro hijo.

Simultáneamente, la violencia y la coerción sobre las mujeres pueden actuar como un significado que prevalece, e impide la ejecución de la decisión tomada, para consultar al servicio de salud, o para proceder con la terminación de la gestación.

---

<sup>33</sup> Notas del Diario de Campo



Las mujeres sometidas a violencia por parte del hombre y de la sociedad, tienen que valorar dichos hechos lesivos y asumir una decisión al respecto; elegir si le dan más valor a la intimidación, o por el contrario, hacen prevalecer su decisión de terminar con la gestación. Si las mujeres frente al fenómeno de violencia contra ellas asumen una posición de sumisión ante su pareja, están dando un mayor valor a dicha violencia que al deseo de no continuar con la gestación. Lo hacen para evitar ser aún más maltratadas o incluso asesinadas. Estas situaciones son bastante frecuentes en una sociedad donde el hombre está autorizado a gobernar sobre su compañera, a quien considera su propiedad.

❖ **Por desconocimiento o la ausencia del padre:**

El no conocer al padre del feto en gestación, también es un motivo para sentir temor y angustia, al pensar que le dirían en el futuro a su hijo cuando pregunte quien es su padre.

❖ **Porque grupos armados impiden actuar a la mujer de forma oportuna:**

A veces, la violencia y la represión a la mujer, proviene de grupos armados que le impiden actuar a la mujer de forma oportuna para interrumpir su embarazo.

❖ **Por la precariedad económica:**

La pobreza, el desempleo, la necesidad de la mujer de tener tiempo para trabajar como imperativo para la sobrevivencia, y un futuro sin seguridad económica, son factores que influyen en la decisión de la IVET.

❖ **Por las barreras impuestas por el sistema de salud:**

Las barreras impuestas por el sistema de salud hacen demorado el trámite para que la gestación se interrumpa prontamente, llegando ésta a prolongarse por varias semanas antes de que la mujer sea atendida.

La Corte Constitucional de Colombia despenalizó el aborto desde el año 2006 (20), sin embargo, las instituciones y los funcionarios del sector salud no conocen la Sentencia, o la conocen y no la comparten y actúan imponiendo su criterio tratando de dilatar el proceso de asesoría, certificación y atención de la mujer que solicita la IVE, con el propósito de lograr que la gestación continúe y llegue a su término; nada de extrañar en una sociedad donde las mujeres, como ya hemos visto, son unas subalternas (3) o unas subhumanas (204), y donde las instituciones y las personas tratan de imponerles sus propias visiones de realidad, sus propias valoraciones o significaciones sobre la gestación y la IVE. La Corte Constitucional ha emitido múltiples sentencias aclaratorias o sancionatorias (11, 40, 101, 105-108, 110, 112-114, 116, 117, 188-192) donde ha obligado y sancionado a instituciones y personas por no

cumplir con los mandatos de la Sentencia C355 de 2006, pero aún persisten retrasos injustificados, que si bien no impiden la realización de la IVE o la IVET, si generan sufrimiento para las mujeres, atrapadas entre su decisión, su derecho y las trabas impuestas por el sistema de salud y una sociedad donde los individuos mayoritariamente tienen una significación positiva de la maternidad como una obligación femenina, y una visión negativa de la IVE y la IVET.

Estos obstáculos institucionales son tortuosos. También se nombra la falta de personal de salud especializado para realizar los procedimientos que las mujeres necesitan.

Y existen más obstáculos, por ejemplo, los relacionados con la desinformación sobre los servicios de salud o los desplazamientos o viajes que las mujeres tienen que realizar para lograr su objetivo. Inclusive, se hallan testimonios de diagnósticos médicos equivocados.

❖ **Por un conjunto de razones:**

Por supuesto, no es una sola razón la que conduce a la decisión de la IVET, sino, como todo en la vida, un conjunto de razones que se entrecruzan.

Las causas de la IVET son variadas y le pueden ocurrir a cualquier mujer en cualquier momento de su vida: la malformación fetal (hidrocefalia, "*no tenía tejido cerebral*", *polihidramnios*, *síndrome de Down* y *otros síndromes*); el pensar que su hijo no va a tener padre (o no saber quién es el padre); la precariedad económica; la violación sexual causante de embarazo; las relaciones de violencia en la vida de pareja; el tener ya otros hijos; el rechazo familiar o social en general, cuando saben que la mujer está embarazada. Las mujeres, son conscientes de diferentes asuntos, durante el proceso de toma de decisión de la IVET, como el sufrimiento personal que le genera el embarazo, que no tiene dinero, que tiene una vida de pareja infeliz, que perderá su trabajo, que nunca ha querido ser madre, que su bebé malformado no tiene posibilidad de vivir, que sufrirá por intervenciones médicas, entre muchas otras; estas cosas se indica a sí misma cada mujer.

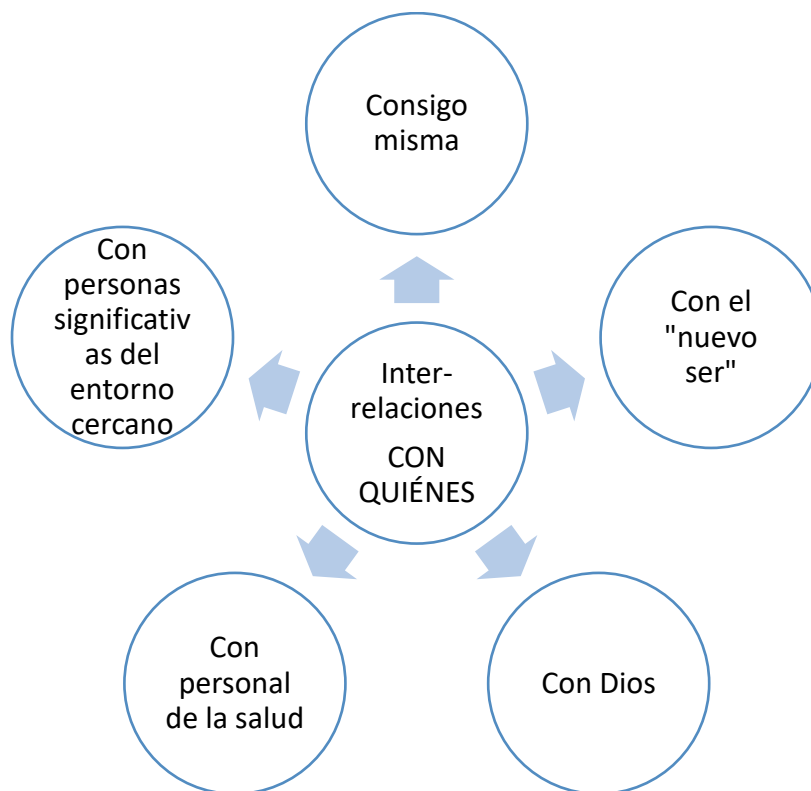
❖ **Por no sentirse preparada para la maternidad y todo lo que implica:**

Aquí es donde más hay que afinar el oído para escuchar las razones íntimas y personales de las mujeres, esas razones, que son las menos respetadas porque pertenecen a su ejercicio de libertad plena; se expresan como "no estoy preparada para eso" (la maternidad).

El fenómeno central analizado, el que las mujeres al tomar la decisión de la IVET se enfrenten al patriarcado, desde la transgresión del tabú del aborto, algo prohibido y castigado, ha sido descrito como una confrontación que pone a las mujeres en conflicto consigo mismas y con los demás, por lo cual, hemos visto, deben buscar justificaciones a su conducta. Así mismo, observamos que tienen que asumir el proceso de su decisión como algo secreto, para evitar la oposición de los-las demás. Pero lo principal, es que, como consecuencia positiva, en medio del trauma, las mujeres ganan en descubrir la injusticia de la dominación y alcanzan las fuerzas para mantenerse en su decisión personal e iniciar la transformación de sus vidas. Este fenómeno, también ha sido analizado en su contexto, el patriarcado, y en sus múltiples causas. Ahora nos ocuparemos de las relaciones de acción - interacción que se presentan, relacionadas con dicho fenómeno central, en dicho contexto.

#### **7.4. Relaciones de acción - interacción**

*Acorraladas en medio de la culpa buscan ayuda, y tienen necesidad de mentir; a veces logran encontrar respaldo en personas que acompañan y no juzgan, y logran sostenerse en su decisión a pesar del predominio de un entorno adverso.*



**Figura 4.** Con quiénes interaccionan las mujeres durante el proceso de la IVET.

#### **7.4.1. Inter-acciones a favor y en contra de la decisión de la IVET que toman las mujeres**

El entrecruzamiento de las interacciones simbólicas patriarcales de cada uno de los individuos constituye la sociedad en que habitamos, por lo tanto, no sólo se incluyeron segmentos de entrevista que dan cuenta de las redes de apoyo, sino también los trazos que evidencian la labor de las redes que se oponen al derecho de las mujeres a la IVE y la IVET.

Es importante tener presente que los otros pueden tener significados y valoraciones diferentes del mismo suceso. Hay un grupo muy grande que tiene una visión autoritaria, de aprobación de la explotación, de violencia contra lo diferente, especialmente contra las mujeres y lo manifiestan y lo ejercen en la práctica con toda clase de mecanismos. Pero en esa misma sociedad, también existen personas que ven el mundo y lo significan entendiendo que la decisión de las mujeres es respetable, que

cada quien interactúa en medio de sus propias circunstancias por tanto es imposible generalizar, que cada persona puede ser consciente y hacer sus respectivas valoraciones, teniendo en cuenta que no se puede imponer una visión de mundo uniforme para todos-as, pues cada individuo tiene un devenir distinto, un "sí mismo" diferente y por ende situaciones diferentes de las que es o no consciente, y valoraciones igualmente diferentes (174).

Las situaciones y sentimientos particulares de cada mujer, sus valoraciones alrededor del embarazo no deseado y la IVET, llevan a las mujeres a una especial interacción consigo mismas y con la sociedad donde viven (174). Estas relaciones de acción - interacción de las mujeres se enfrentan en un entorno altamente adverso.

Ellas establecen en el proceso de decisión de la IVET, o ya tienen establecidas desde antes, simbolizaciones y formas de interacción con las cuales se relacionan con las personas que de alguna manera tienen que ver con tal proceso. En estas interacciones encuentran personas que dificultan su decisión personal y tratan por todos los medios de hacerlas desistir. También encuentran personas que facilitan su proceso, con un acompañamiento respetuoso.

Estas reacciones (de la familia, la pareja, las amistades, compañeros-as de trabajo o correligionarios) también son inesperadas. Nadie espera que lo rechacen, pero puede ser también que encuentre personas aliadas que le ayuden o comprendan. Son relaciones complejas, a veces una misma persona puede obstaculizar en cierto momento y luego apoyar (una pareja que es problemática, pero luego acompaña a la IVET). A veces, se encuentra apoyo de donde menos se esperaría (por ejemplo, un director espiritual), o rechazo de donde menos debe salir (por ejemplo, del personal médico o de psicología).

#### **7.4.2. Interacciones con quienes obstaculizan**

El entrecruzamiento de las interacciones simbólicas patriarcales de cada uno de los individuos constituye la sociedad en que habitamos. Por lo tanto, como individuos y como sociedad se valora e impone una forma de ver el mundo (1,2): dominar a los diferentes, tener subalternos, sub humanos (3,204), y por lo tanto se ejerce el dominio sobre las mujeres y se les impone el mandato de reproducción. De esta forma, tanto los individuos como la sociedad actúan sinérgicamente para tratar de mantener dicha visión patriarcal del mundo prohibiendo el aborto voluntario, penalizándolo y obligando a las mujeres a procrear aun contra su voluntad. El reto es continuar transformando dichas interacciones

patriarcales para reconocernos como iguales y libres de tomar decisiones autónomas.

En muchas ocasiones, las personas con quienes tienen que interactuar las mujeres, complican y obstaculizan su decisión de la IVET, incluidas personas de su propia familia.

También se tiene la percepción de que los hombres son quienes más recriminarían la decisión por la IVET y que las mujeres podrían comprender y apoyar más, aunque en la realidad, no siempre es así.

Pero la oposición que más se registra en las entrevistas, es la oposición del personal de las instituciones de salud y personas pertenecientes a instituciones de carácter religioso. **Escuchemos a continuación a las mujeres, hablando de su contacto con personas u organizaciones** que se oponían a su decisión de practicarse la IVET y que realizaron acciones que bien podrían catalogarse de tortura psicológica.

#### **7.4.2.1. Insuficiencias y deficiencias en la atención institucional**

Los “paseos” que mandan a dar a las mujeres entre una entidad y otra, son, no sólo una molestia y un irrespeto, sino que a veces, se convierten en un “paseo” que pone en riesgo sus vidas. Alguna mujer comentó que se sintió como “pelota rebotada de un lado para otro, porque dicen que no les toca”.

Otro problema es que muchas mujeres no tienen apoyo económico para los viajes o traslados que tienen que hacer y muchas viven en precarias condiciones, vienen de lejos, sufren desplazamiento o condiciones de incapacidad y están solas. Las mujeres pobres, las mujeres rurales que no manejan recursos propios, las azotadas por la violencia, hablan por medio de esta entrevistada.

##### **❖ Un médico furioso, el que hizo la ecografía, la oposición de la ginecóloga y el apoyo de la psicóloga:**

Si bien ya hemos escuchado varias quejas contra las enfermeras por su agresividad, también se registran muchos relatos que dan cuenta de la oposición o a veces el apoyo de otros profesionales, como pudieran ser muchos.

##### **❖ Opositores y torturadores religiosos en el hospital:**

Una vez tomada la decisión de realizarse la IVET, y para salir del laberinto, hay que buscar ayuda de manera desesperada, pues se piensa que dicha posibilidad no existe de manera legal y segura. Se utilizan generalmente las redes sociales, cayendo a veces en manos de organizaciones y

personas que intentan por todos los medios posibles hacer cambiar la decisión de la IVET, exponiendo a las mujeres otras versiones de la vida, otros símbolos. En última instancia, otras interacciones con sí misma.

Estos grupos de personas, quieren salvaguardar la vida en abstracto, por encima de la dignidad de las mujeres (213). Usualmente estas personas son mujeres pertenecientes a credos religiosos que utilizan métodos de persuasión bastante crueles como leer cartas de un bebé que no nació, mostrar fetos de silicona de diferentes tamaños y decirle a la mujer que su feto es como el más grande, utilizar la imagen de Cristo y la Virgen María con el niño en brazos para intimidar a las mujeres, ofrecer ayudas en dinero y especie para que tengan los bebés, y al final, si nada de esto surte efecto, tratar a las mujeres de asesinas sin perdón de Dios.

La decisión de la IVET la conocen pocas personas muy allegadas a las mujeres y las personas de las instituciones que les corresponde intervenir en el proceso de atención. En estos contextos surgen personas que no juzgan y ayudan a las mujeres, pero también hay personas que se oponen y tratan de convencer a las mujeres para que no se hagan la IVET. De igual manera, por algún medio no claramente conocido, intervienen personas de instituciones de carácter religioso que usualmente emplean todos los medios posibles para hacer desistir a las mujeres de su decisión de realizarse la IVET.

En la mayoría de los casos, el panorama que encuentran las mujeres que deciden la IVET, no es tan favorable y las pone frente a la agresión, la prohibición y la acusación; por tanto, se agudiza en ellas la crisis que ya se había desatado con lo inesperado de la gestación avanzada y las dudas acerca de la interrupción de la misma. Estas agresiones y enfrentamientos las cuestionan, pero también las ayudan a reafirmar la decisión de la IVET; son ocasión para saber, con quién cuentan de verdad y con quién no. Las agresiones y enfrentamientos externos contribuyen también a la confrontación interna, a la decisión y el desmonte de los significados previos; además cataliza la lucha entre éstos y los significados que se van transformando en las mujeres. La crisis las lleva a ser conscientes de la decisión que están tomando, a ser conscientes de su valentía, pues han desafiado todo en lo que ellas y su entorno creían; empiezan a ser conscientes de la opresión y la dominación de que son objeto, y de la desinformación a la que han estado sometidas; comienzan a asumir la soberanía sobre sus cuerpos, así como las consecuencias de haber realizado la IVET.

### **7.4.3. Interacciones con quienes favorecen la decisión de las mujeres**

La mayoría de las mujeres que deciden la IVET, no cuentan con una red de apoyo personal, pero en algunos pocos casos pueden contar con una red de apoyo muy íntima, como una hermana, la mamá o el compañero, que las apoya y acompaña durante todo el proceso y que se convierten en una ayuda invaluable para las mujeres.

#### **7.4.3.1. Apoyo familiar y de amistad para las mujeres que deciden la IVET**

Entre las personas que apoyan a las mujeres que toman la decisión de la IVET, se destacan de la familia, las hermanas y la madre, pero, sobre todo, son las amigas las que están ahí para acompañar y ser solidarias.

##### **❖ Apoyo de la madre:**

En medio de las ambigüedades y de relaciones conflictivas con la madre, finalmente a la hora de enfrentar el problema, ella es una figura de apoyo muy valiosa, sobre todo porque muchas también pasaron por angustias relacionadas con sus embarazos, partos y abortos.

##### **❖ Apoyo de la hermana o de las primas o de la hija:**

En general, las hermanas aparecen nombradas como un excelente apoyo, casi al nivel de las amigas.

##### **❖ Apoyo de la pareja:**

En varios casos, la pareja apoyó y acompañó, directa o indirectamente en el proceso; para algunas mujeres esto fue importante para otras fue irrelevante.

##### **❖ Apoyo de las amigas:**

Más que la familia, son las amigas las personas en quienes más encuentra apoyo la mujer, en esos momentos difíciles.

##### **❖ Apoyo de una veedora ciudadana:**

En una de las ciudades de Colombia, existe esta excelente experiencia de la Veeduría ciudadana para el cumplimiento de derechos sexuales y reproductivos a las mujeres.

Ocasionalmente las mujeres se encuentran con personas que acompañan amorosamente y no juzgan, que respetan la decisión de la IVET y ayudan en la solución, entendiendo que se llega a dicha instancia por un camino tortuoso, de agresiones y enfrentamientos, que las decisiones son más



fuertes que las restricciones, juzgamientos y penalidades que imponen otras personas y la sociedad en general. Estas personas que acompañan se convierten en un oasis para aliviar las presiones externas e internas, para reafirmar la decisión que las mujeres tomen y para continuar el proceso de la IVET.

#### **7.4.3.2. Las redes de apoyo institucionales para las mujeres que deciden la IVET**

Las redes de apoyo institucional apenas existen y la mayoría de las veces la ayuda depende de la iniciativa de las personas pertenecientes a las instituciones y esta iniciativa puede ser de ayuda o puede ser obstaculizadora al proceso de la IVET.

##### **❖ Apoyo de personas en las instituciones de salud:**

Estos apartes de entrevistas hablan de psicólogas y psicólogos, de médicas y enfermeras que fueron amables, comunicativas, dieron información eficaz y estuvieron al tanto del proceso individual de las mujeres.

##### **❖ Apoyo de Instituciones:**

Como en el anterior testimonio, varias mujeres nombran instituciones, no personas. Las instituciones mencionadas fueron Profamilia y Médicos sin fronteras.

En el camino de la IVET también las mujeres se encuentran en las instituciones, con seres humanos que las comprenden, las orientan amorosamente y las acompañan sin juzgar en las instituciones. Estas personas las respetan y tratan de aminorar la culpa, de conversar con ellas, se acercan a sus realidades, a sus entornos, a sus historias de vida, a los sentimientos y razones que las llevaron a tomar sus decisiones y las acompañan en el proceso de la IVET.

Algunos-as profesionales de la salud, procuran que las mujeres tengan toda la información necesaria para que tome o se reafirme en su decisión. Una vez tomada la decisión de la IVET, las conducen por las vías institucionales, de tal manera que se vean sometidas a la menor cantidad de prejuicios y agresiones posibles y logren al final realizar su decisión.

A veces encuentran personas que escuchan y que son conscientes de que el proceso de decisión es un camino delicado de las mujeres en diálogo consigo mismas y con otros. Tales acompañantes se convierten en una luz de esperanza, apoyando a las mujeres en su decisión, sea la que sea, en un entorno que las rechaza (174).

#### **7.4.4. Interacción consigo mismas**

La interacción más delicada es la que entablan consigo mismas. Al sentirse sorprendidas y acorraladas por un embarazo tardío, situación que no es buscada y, por el contrario, se presenta como una situación totalmente impuesta, inesperada, que altera total y radicalmente la vida que se vive en ese momento, entran como en un laberinto sin salida, que las hace, incluso, pensar en la decisión extrema de suicidarse, como única salida posible ante tan compleja situación. Sacrificar su propia vida con el propósito de no tener que enfrentar públicamente un embarazo no deseado o producto de una violación, embarazo que trunca su proyecto de vida. Las mujeres no quieren tener que vérselas con la vergüenza de enfrentar a personas queridas o cercanas de su entorno familiar o laboral. No quieren tener que sufrir el desprecio, la recriminación y todo tipo de sanción social. No serían capaces de resistirlo (174).

#### **7.4.5. Interacción con las personas significativas de su entorno**

La otra interacción que se observa es la que sostienen con las personas más significativas de su entorno. Las mujeres no las quieren hacer sufrir. No quieren ni pensar en sus reacciones de desconcierto y dolor por el nuevo ser que ella lleva dentro. Es un contexto complejo en el que se juega el amor por sí misma y el amor por los demás; el temor también. Múltiples construcciones de significado y múltiples valoraciones se mueven en la red familiar, en la de amistad, en todas aquellas otras relaciones que las mujeres consideran importantes (174).

#### **7.4.6. Interacción de la mujer con el "nuevo ser"**

Ahora viene la interacción más difícil: la nueva relación, la relación inesperada con un ser que no conoces siquiera, pero que "te habita". En el caso de mujeres con embarazos deseados y queridos, pero con fetos malformados, se piensa principalmente en el futuro de ese nuevo ser, en el sufrimiento que vivirá producto de múltiples intervenciones médicas, en la discriminación que recibirá de una sociedad que valora la normalidad, la perfección y desprecia la anormalidad y la imperfección (2). Así también, se piensa en el sufrimiento propio al cuidar una vida que no tendrá ningún fin distinto a morir prematuramente, generando aún más dolor y sufrimiento. Son estos sentimientos sobre la relación presente y futura con un ser que todavía no es, los más hondos que se

puedan dar, los de mayor angustia ontológica, los que la sociedad y la filosofía patriarcal han eludido, los que ponen a las mujeres en el tortuoso trono de la soberanía maternal, a decidir y contradecir los significados hegemónicos sobre la vida, la muerte y la libertad de las mujeres (174).

Para estas mujeres, realizarse la IVET es evitar un dolor muy grande, viviendo otro dolor inferior al que se sufriría de continuar adelante con la gestación. Ellas no quieren vivir una historia de intervenciones médicas que no cambiarían el resultado final, pero que sí aumentarían el sufrimiento, tanto de las mujeres, sus familias, como de sus recién nacidos. En este escenario, la mujer toma una decisión difícil, porque no hay otra salida: tiene que vivir inevitablemente un dolor muy profundo para evitar otro peor (174).

#### **7.4.7. Interacciones con Dios**

Para muchas, el "Temor de Dios", se agrega al problema que se les viene encima; sufren por la preocupación, el susto, la culpa y el arrepentimiento. Tienen la sensación de estar haciendo las cosas mal, piden perdón, dudan de ser perdonadas.

En esta relación con la divinidad, sin embargo, aparece un diálogo confiado en el cual, frente a la propia divinidad (masculina de la religión judeo-cristiana), surge la propia decisión de la mujer.

También aparece la figura de María la madre de Dios (virgen) a quien se invoca y se pide ayuda en momentos desesperados. Finalmente, los seres del mundo superior son quienes iluminan y ayudan a tomar la decisión de la IVET, para la mujer que toma su decisión y se encomienda.

#### **7.4.8. Las interacciones con el personal de salud**

El camino hacia la realización de la IVET no está libre de obstáculos, pues una vez superadas las barreras ya mencionadas para el acceso a la asesoría y a la orientación adecuada, viene el proceso de atención médica para la realización de la IVET y en este proceso es el mismo personal de salud el que se convierte en juez y en ejecutor de las penas, aprovechando su posición dominante frente a las mujeres.

Estos profesionales son conscientes de su actuar, otorgan significados y tienen sus valoraciones respecto a la maternidad y la IVET. Sus creencias y forma de ver el mundo están profundamente interiorizados, naturalizados (174). Para la mayoría, terminar con un embarazo no es

admisible, es motivo de rechazo y repudio; la mayoría enaltece la reproducción y denigra del aborto; subvaloran a las mujeres.

Muchas personas pertenecientes al sistema de salud juzgan prejuiciosamente a las mujeres y les imponen su propia forma de interacción simbólica con el mundo, sus formas de valorar y de simbolizar (174), y las recriminan por sus decisiones. Las castigan de múltiples formas: con indiferencia, abandono durante el proceso de trabajo de parto y durante el parto, emiten comentarios que las estigmatizan, las descalifican, o son ofensivos; no les proporcionan analgesia para el dolor o se les suspende la que había sido ordenada<sup>34</sup>, lentifican el proceso de atención no proporcionando los medicamentos o las dosis indicadas. También se les mezcla con mujeres atendidas para parto normal, o se les deja solas, sin acompañamiento del personal de la salud durante la mayor parte del proceso de la IVET; incluso les toca parir solas. Existen muchas otras formas de castigo o imposición. Esto fue comprobado en la observación sistemática en campo realizada durante el proceso de investigación.

Sin embargo, las mujeres no claudican y continúan adelante a pesar de las adversidades, de los malos tratos, y la falta de comprensión de la mayor parte del personal de la institución de salud.

#### **7.4.9. Interacciones, emociones, sentimientos y la necesidad de la mentira en las mujeres que afrontan la IVET**

El tercer objetivo específico de esta investigación se adentra en las emociones y sentimientos que rodearon la toma de la decisión y la realización de la IVET. Se hace un énfasis en la cuestión de la mentira como una necesidad, según las palabras de las mismas mujeres.

##### **7.4.9.1. Los sentimientos y las emociones**

En la dinámica de las interacciones sociales, las mujeres con sus diferentes grados de significación sobre la maternidad, en un determinado momento, y con la dificultad para tomar la decisión de la IVET, experimentan diversas emociones y sentimientos: rabia, odio, frustración, temor, vergüenza, culpa, desesperación, dolor, asco o amor infinito, compasión, entre muchos otros. Cada mujer toma su decisión de acuerdo con un grupo de situaciones particulares, que ella consideró como dignas de ser tenidas en cuenta (174) y asumió su mundo de emociones.

---

<sup>34</sup> Notas del Diario de campo. El médico, al ingreso de la mujer, ordenó la analgesia, pero el médico de la sala de hospitalización la suspendió y el trabajo de parto y el parto transcurrieron sin analgesia.

Su decisión puede ir en contra de la legislación, de los preceptos religiosos, de los ideales mayoritarios de procreación; todo esto lleva a las mujeres, incluso a correr riesgos que ponen en peligro su vida y las pone en crisis y conflicto, donde las emociones y sentimientos mencionados se entrecruzan y a veces se contraponen.

Igualmente, este mundo emocional también determina las consecuencias, el comportamiento que cada mujer asume anterior y posterior a la IVET.

A veces experimentan alegría y tranquilidad, pero en otras ocasiones sienten culpa o se arrepienten de lo que hicieron. Luego de la IVET, se dan nuevos significados, nuevas valoraciones (174), y con ello aparecen nuevos sentimientos y emociones.

Las mujeres narran situaciones plagadas de mucho dolor. Esto evidencia que la realización de la IVET no es algo placentero; por el contrario, es un hecho difícil que no se quisiera vivir. Sin embargo, ante un embarazo no deseado, a las mujeres les toca tomar una decisión que las hace sufrir, pero que es menos adversa que llevar adelante su preñez: la IVET.

Existe miedo al dolor, pero el dolor físico es menor que el dolor psicológico del rechazo y la culpa que te quieren hacer sentir las demás personas. Hay gran sufrimiento porque hay alrededor personas que le dicen que es "malo" el tomar la decisión de la IVET, y no comprenden.

El llanto acompaña generalmente las narraciones, porque hay tristeza, sentimiento de ser víctima de la injusticia, peso de grandes responsabilidades, frustración, depresión, temor al desprecio u odio de la pareja, sentirse "desahuciada" y perder las ganas de vivir.

Las mujeres que afrontan la IVET se sienten mal porque se sienten juzgadas por los demás, con daño en su reputación, presionadas para que no hagan lo que deciden, deficientemente atendidas, irrespetadas en su capacidad de decidir. Un momento duro y bastante complicado. Es un momento en que sufren el abandono de la pareja, la desilusión. También los planes se vienen abajo y se siente culpa, mucha culpa.

Es la conciencia la que duele, de manera tan insoportable que algunas mujeres tratan de evadirla o evadirse. A más de los fuertes dolores físicos del parto de un feto ya muerto, las mujeres dicen sentir el "varillazo" de la culpa, sobre todo cuando no había motivos de malformación fetal. Entonces hay sentimiento de haber sido cobarde y miserable. Estos sentimientos se profundizan, debido a las circunstancias que rodean el parto, muchas veces similares a la tortura. Acusada como "asesina", la mujer se siente terriblemente intranquila. Sola con su dolor, considera que ha cometido el peor de los errores. Los demás le han hecho daño y

ella también se hace daño. Sin embargo, renace poco a poco como el ave Fénix de sus cenizas.

En última instancia, lo que las mujeres hacen al decidir la IVET, es contravenir el mecanismo de control fundamental del sistema patriarcal: la culpa. Una de las armas más poderosas de control social sobre las mujeres. La culpa mantiene a las mujeres crucificadas, limitadas y prisioneras en esa falsa consciencia que les indica que su decisión de la IVET es mala y que es un pecado tan solo pensar en ella; la culpa les genera angustia, sufrimiento y autodestrucción (214).

La culpa, el código más primitivo de la humanidad, se inscribe en el inconsciente de las mujeres (214) y "se manifiesta a través de prohibiciones, abstenciones y restricciones intangibles e inmotivadas en la mayoría de los casos. Las leyes internas de la culpa están dirigidas a los deseos más primitivos del ser humano" (214), con órdenes como: esto no se hace, esto no se toca, esto no se piensa, esto no se mira o esto no se siente (214).

La culpa cuelga como una espada de Damocles sobre la mujer que se atreve a pensar en la IVE, y mucho más sobre la que se atreve a recurrir a ella.

En una sociedad profundamente patriarcal, sentirse culpable, hace parte del diccionario de significados de cada persona, así como las dicotomías entre lo bueno y lo malo, el poder y la sumisión, lo fuerte y lo débil. Las mujeres se sienten culpables de haber quedado en embarazo, de haber terminado con una vida; pero a la vez que se sienten culpables, también las mujeres son conscientes de que la decisión que tomaron fue la menos dolorosa, la más conveniente, así no sea la decisión correcta para la sociedad en que viven. Sin embargo, siguen viviendo en la misma sociedad donde la culpa es preponderante, y eso causa sufrimiento. Pero incluso ahí, pueden hacer transformaciones, despojándose tanto de la culpa como del sufrimiento.

Con respecto a la cuestión de la "irresponsabilidad", la misma IPPF alerta sobre el uso de la palabra "tardío", que podría interpretarse en forma culpabilizante contra la mujer.

*Aborto tardío. Aborto en el segundo o tercer trimestre Aborto en la semana X de gestación. El término "tardío" puede referirse a cualquier momento del segundo o tercer trimestre. Es mejor usar, si fuera necesario, una expresión que indique el trimestre específico de la gestación. Usar la palabra "tardío" también puede asociarse con "demoras" por parte de la mujer en buscar el aborto (y, por lo tanto, con la irresponsabilidad) (215).*

Ahora bien, es desesperante para la mujer "no saber qué hacer" frente a un embarazo que avanza, y que no es deseado, ni conveniente. Alguna mujer sintió que se "desgarraba por dentro", que se contradecía a sí misma. Sin embargo, prevalece también el sentimiento de superación, el imperativo de tomar las propias decisiones, y asimilar el dolor.

El proceso es muy triste, es doloroso, es secreto... Pero todo lo vale la firmeza de la decisión necesaria. Sentirse débil y acobardada, "como un payasito con el alma destrozada" por destruir a una "persona". Los recuerdos atormentan y aunque se sabe que la IVET es la solución, es una solución dolorosa.

La situación a veces llega hasta un punto tan grave que la mujer piensa en el suicidio.

Las entrevistas evidencian que el proceso para llegar a la IVET, su realización y el tiempo posterior a ella, están teñidos para las mujeres de muchos sentimientos, en general dolorosos: independientemente de la edad, el número de hijos previos, las creencias religiosas o el nivel educativo, para todas es un evento que causa gran sufrimiento.

Existe miedo al dolor físico, pero es mayor el dolor psicológico causado por el rechazo y la culpa que les hacen sentir; es que alrededor, hay personas que les dicen a las mujeres que es "malo" tomar la decisión de la IVET, y no las comprenden.

Ellas se sienten mal porque están siendo juzgadas; temen por su reputación; están presionadas, deficientemente atendidas, irrespetadas en su capacidad de decidir. La IVET es entonces un momento duro y bastante complicado. El llanto denota que hay tristeza, sentimiento de ser víctima de la injusticia, agobio por el peso de grandes responsabilidades, frustración, depresión, temor al desprecio, abandono u odio de la pareja, de la familia o de la sociedad.

Se sienten muchas como desahuciadas, desilusionadas y pierden, en ocasiones, las ganas de vivir. También los planes se vienen abajo y se siente mucha culpa. Los recuerdos atormentan y entonces tratan de evadirse. Temen lo peor, se sienten cobardes y miserables.

Las circunstancias que rodean el parto posterior a la IACF, son muchas veces una tortura, son acusadas como "asesinas", lo cual les causa intranquilidad.

El tormento hace que el tiempo se sienta interminable; desespera no saber qué hacer" frente a un embarazo que avanza y que no es deseado ni conveniente. Parece un karma, un vacío que persiste y causa arrepentimiento.

Se sienten algunas desgarradas y contradictorias, tristes, solas, preocupadas, débiles, asustadas y a veces arrepentidas, por la decisión que han tomado, o porque siguen guardando un secreto y una secuela de mentiras sobre el asunto.

Consideran que han cometido el peor de los errores. Sienten que les han hecho daño y ella también se hace daño. Es "mucho estrés", desequilibrio y desespero.

Todo esto causa en ellas falta de concentración, no pueden entonces trabajar, se sienten "horrible". El problema que soportan, pesa y no les deja querer vivir, sobre todo cuando sienten el desamparo, la falta de ayuda, los problemas económicos, los conflictos con sus creencias y con su familia.

Sin embargo, todas afirman que, por encima del dolor, la decisión que tomaron era necesaria, y prevalece en ellas el sentimiento de superación.

#### **7.4.9.2. Un modo de interacción basado en la mentira**

En este mundo inter-relacional, las mujeres que han tomado la decisión de realizarse la IVET se ven en la obligación de mentir. La mentira se constituye un medio de relación e interrelación. Hay que simular y disimular. Mentir para evitar que las personas que la rodean se enteren del embarazo, mentir para acceder a los servicios de salud, mentir para ausentarse de casa o del trabajo por varios días para realizarse la IVET, mentir para conservar su trabajo, mentir y mentir.

En este caso podríamos hablar de una mentira benévola, y sería el que sufre la mentira, en caso de que se entere, quien asumiría el juicio sobre ella (213). La mentira es necesaria para evitar las consecuencias que generaría el que se sepa que está en embarazo y que piensa terminar con el mismo. Pero simultáneamente la mentira se convierte en un punzón lacerante de incertidumbre, que acompaña y atormenta a las mujeres, pues siempre existe la posibilidad de cometer un error y de que la verdad salga a flote. Se puede saber la verdad de un embarazo que terminó en una IVET y todo el esfuerzo que se hizo para ocultarlo no valió la pena. Pero también las personas a las que se quería proteger con la decisión de la IVET, pueden resultar dañadas, incluida ella misma.

El tormento y la presión hacen que el tiempo se sienta largo e interminable. Algunas han dicho mentiras a su familia y eso las hace sentir peor; con un "carga de conciencia" adicional. Nadie ayuda, se teme lo peor. Y si no hay dinero, la situación se hace insoportable. El peso del problema no deja querer observar el siguiente amanecer. Es "mucho



estrés”, desequilibrio y desespero. Causa falta de concentración, no se puede trabajar, se siente “horrible”.

Pesan las mentiras que toca decir en el proceso de la decisión, se siente que se utilizó a ciertas personas, y al final queda incluso la duda de saber si la decisión fue verdaderamente autónoma o se tomó por temer la reacción de otros, como la misma familia.

El dolor de la mentira se lleva como soportando un karma que persiste, un vacío, un arrepentimiento.

Y no es suficiente con mentir; también hay que implorar para que otros, generalmente personal de la salud, ayuden en la mentira, para que los acompañantes al proceso de la IVET y familiares, no se enteren de la verdadera razón de la hospitalización, para que en el trabajo supongan que la hospitalización fue por algún proceso médico diferente a la IVET, para que los padres o compañeros piensen en otras alteraciones médicas y no en la IVET<sup>35</sup>. Es una combinación de ocultamientos y mentiras que no pueden catalogarse como buenas o malas, que no pueden alejarse del contexto de la IVET y de los fines para los cuales se usan: proteger a los demás y a ella misma (213). Pero en última instancia, las mentiras forman un castillo de naipes que en cualquier momento se puede derrumbar y con pena hay que vivir diariamente.

Como podemos observar, las interacciones son múltiples y cargadas de diferentes significados, así como de diferentes valoraciones de acuerdo con cada mujer. Estas relaciones de acción interacción nos ayudan a comprender de mejor manera todo el panorama que envuelve la toma de la decisión de la IVET. Ahora, discutiré el último componente de la matriz paradigmática: las consecuencias del fenómeno central.

## **7.5. Consecuencias de la IVET para las mujeres**

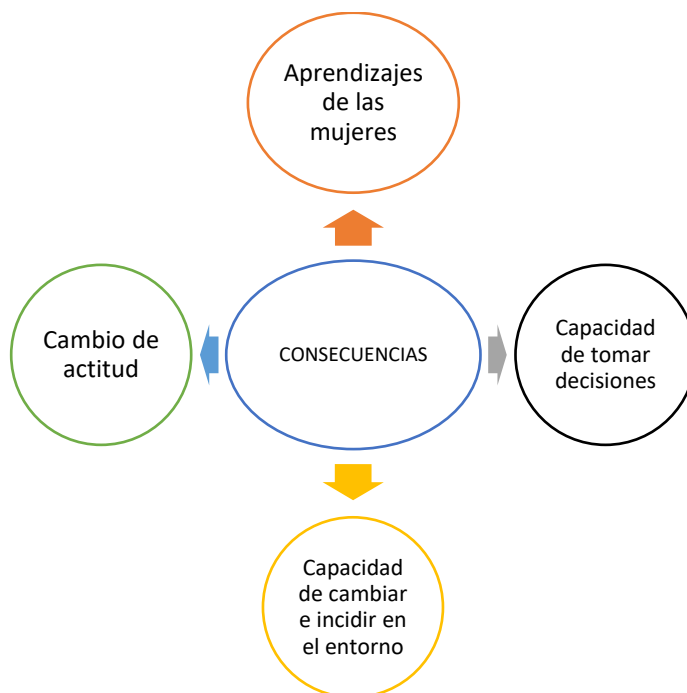
*Las mujeres cambian su vida y no desean repetir lo que pasó, aprenden de la experiencia y se empoderan logrando mayor solidaridad con otras mujeres.*

Con la decisión y experiencia de la IVET, las mujeres logran cambios en su pensamiento y actitud, tienen aprendizajes valiosos y sobre todo, desarrollan su capacidad de ser autónomas y, de alguna manera son punta de lanza para incidir en los cambios sociales, legislativos y políticos

---

<sup>35</sup> Esto fue comprobado en las observaciones anotadas en el Diario de Campo, durante el desarrollo de la investigación.

que se requieren para que los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres sean una realidad.



**Figura 5.** Las consecuencias para las mujeres de la IVET.

### **7.5.1. El cambio de actitud**

En las mujeres que se realizan la IVET hay generalmente un cambio de actitud. El abanico de actitudes frente a la IVET, va desde un rechazo anterior, que continúa en alguna de ellas (a pesar de su experiencia de la IVET); pasando por quienes justificaban el aborto antes, y lo siguen comprendiendo después; hasta un cambio diametral en muchas mujeres, que juzgaban mal y no justificaban por ninguna razón la IVE, hasta que tuvieron que vivir tal experiencia.

Es importante mencionar que los significados actuales sobre la IVET para estas mujeres, van más allá de su propia vivencia y se atreven a aconsejar a otras mujeres que se encuentren en una situación de IVET, de acuerdo a lo ocurrido con el cambio o no de sus significados patriarcales sobre la maternidad y la terminación de la gestación. Veamos algunos ejemplos, sobre qué pensaban las mujeres, antes de su experiencia.

Antes de la IVET no estaba de acuerdo y después tampoco está de acuerdo; sin embargo, acepta que es la "única solución" y que "no puede traer hijos a sufrir".

Antes de la IVET Pensaba que no hay ninguna razón que justifique el aborto; después piensa que el mismo "significado de la vida", "el significado de tener un hijo" lleva a tener responsabilidad social, y hay que "pensar por ese lado".

Antes de la IVE se vive una incertidumbre doble: por una parte, la inquietud moral "si habían hecho bien o mal"; por otra parte, el miedo de "cómo vaya a quedar después de hacerse la IVE". A pesar de toda incertidumbre, se practica la IVET.

Antes de la IVET pensaban que, si las mujeres lo hacían, era porque tenían una razón; luego se practican la IVET porque en efecto, tienen una razón.

Desde antes apoyaba la IVE, pero no se sentía capaz de hacérsela, hasta que la experimenta en carne propia. Después de la IVET siente que fue "muy fácil la decisión" y sigue apoyando.

Antes aceptaba la IVE, pero sólo en el primer trimestre; luego tiene que afrontar la IVET.

Desde antes acepta la IVE, pero sólo por las tres causales consideradas en la normatividad colombiana; luego, ella sigue sintiendo rechazo por quien se la hace "porque quiere".

Aunque hay variaciones de posición, desde estar totalmente de acuerdo con la IVE desde antes que les sucediera el embarazo no deseado y tuvieran que recurrir a la IVE, pasando por las que no estaban de acuerdo con la IVE y juzgaban a las mujeres que lo hacían, todas al final aceptan que la IVE es una decisión individual y que nadie debe juzgar a las mujeres por sus decisiones, pues éstas dependen de la situación particular de cada mujer.

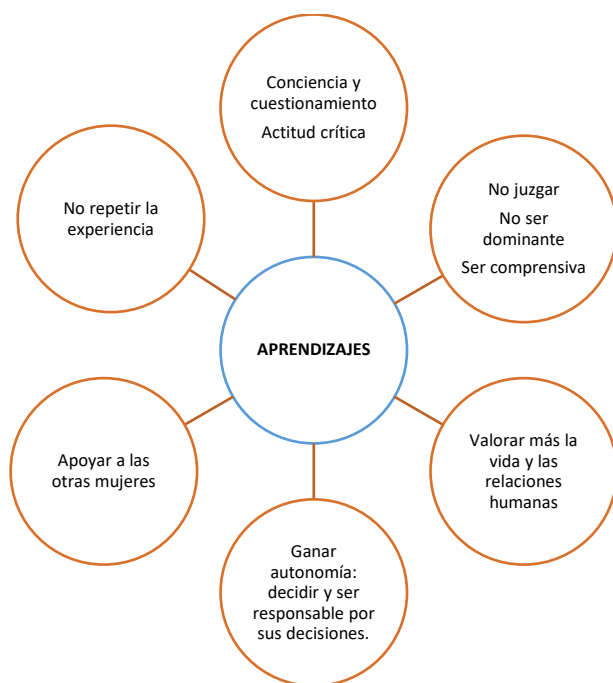
### **7.5.2. Aprendizajes de las mujeres luego de la IVET**

Ahora bien, las consecuencias de vivir la experiencia de la IVET comprenden varios aprendizajes importantes que las mujeres logran, como también el descubrimiento de su capacidad de tomar decisiones propias, y su posibilidad de incidir para que se inicie un cambio en las personas de su entorno, y por ende, en la sociedad.

Las experiencias y las crisis son escuelas de aprendizaje, de manera que, si se saben entender y manejar, puedan dar frutos de crecimiento humano y logro de derechos. Las mujeres con la vivencia de la IVET aprenden y

por ello su vida se transforma. Las confrontaciones múltiples, consigo misma, con su entorno cercano y con la institucionalidad, propician dicho aprendizaje y dicha transformación (1); ellas cambian, su vida cambia; ya nunca van a ser las mismas.

La transformación se constata por una serie de ganancias en términos de aprendizaje, que según lo hallado en la investigación, son las siguientes: Procurar no repetir la experiencia; lograr conciencia y poder de cuestionamiento; dejar de juzgar a las mujeres por las decisiones que toman; perdonar, ser tolerante y comprensiva; no asumir una posición de dominación; valorar más la vida y las relaciones con las personas más cercanas, como los hijos o los padres; incorporar de facto el derecho a tomar decisiones y aceptar la responsabilidad de las decisiones tomadas, esto es ganar en autonomía; ayudar en lo posible a otras mujeres que pasan por la misma situación.



**Figura 6.** Aprendizajes durante la IVET mencionados por las mujeres.

### **7.5.2.1. No se deseó vivir la experiencia de un embarazo, ni se eligió que éste fuera de riesgo o producto de una violación, por tanto, no se quiere repetir tal experiencia.**

La experiencia de las mujeres entrevistadas fue tan profunda y cargada de sufrimiento, que la mayoría expresa un deseo imposible: si pudiera, cambiaría toda la situación pasada. Ninguna quiso haber quedado en embarazo, haber tenido que tomar una decisión tan drástica, o haber tenido que realizarse la IVET. Si hubieran podido, retrocederían en el tiempo para no haber tenido que enfrentar dicha experiencia, transitar el tortuoso camino de hacerse consciente y tener que hacer el gran esfuerzo de valorar todos los aspectos inesperados y sopesarlos para tomar una decisión; tampoco hubieran querido tener que estar del otro lado de la posición mayoritaria de la sociedad. Por lo tanto, es una consecuencia lógica, que no quieran repetir dicha experiencia. No quieren repetir algo de lo que, en parte, se arrepienten.

Por ejemplo, algunas mujeres dijeron que, posteriormente a la IVET, se imaginaban cómo sería la vida actual con su hijo-a que ya no existe, que añoran verlo crecer y caminar, o que quisieran interactuar con él o ella.

Las mujeres no quisieran haber tenido que someter a su "sí misma" a una situación tan difícil y dolorosa, a confrontar el mundo en que viven y desafiar a la sociedad patriarcal que las puso entre la espada y la pared. El hecho de haber tenido un embarazo indeseado o con feto mal formado, pone a la mujer en una situación extrema que no tiene reversa, y la enfrenta a los más grandes misterios de la vida y de la muerte.

La IVET es una experiencia que difícilmente se viviría voluntariamente y que ocurre como un hecho inesperado, fortuito y prácticamente impuesto. Por tanto, las mujeres no quieren vivirla de nuevo. Así como nadie querría tener un accidente grave o un cáncer o estar en una situación donde la vida propia y la de los demás, esté en peligro. El sufrimiento, el dolor que genera el embarazo no deseado o con feto malformado, la violación y la IVET, las lleva a desear volver el tiempo atrás y tratar de cambiar los sucesos. Pero como cambiar lo sucedido es imposible, sólo queda aprender de la experiencia y la confrontación vivida, transformar significados y valoraciones, asumir el ser autónoma. No queda otro camino que ser consciente, enfrentar el problema y responder a la necesidad de valorar la situación y tomar decisiones, decisiones que transformarán su vida.

### **7.5.2.2. Se aprende a no juzgar; a ser más comprensiva y menos dominante**

El aprendizaje consiste en entender que sólo la mujer que se realizó la IVET es la que puede ser consciente de lo realmente importante para ella, de la valoración de sus alternativas y de su decisión con base en dicho proceso individual. Veamos algunos ejemplos.

Varias mujeres, antes de la IVET, juzgaban mal a quienes lo habían hecho, después, ya no.

Luego de vivir todo el proceso de la IVET, las mujeres comprenden que no se debe juzgar a las demás personas y en particular a las mujeres, dado que las decisiones atañen a una situación y un ambiente particular de interacciones simbólicas que una persona externa no estaría en capacidad de visualizar en su totalidad y que valoraría de acuerdo a su propio devenir de interacciones y simbolizaciones, que no serían las de la propia mujer que tomó la decisión (174).

Juzgar a la mujer que tomó la decisión de la IVET, es una actitud totalmente dominante, pues la persona que juzga se cree en una posición superior, siente que su forma de ver el mundo es la correcta y por lo tanto las demás personas deben actuar de manera similar a él o ella, lo que las lleva a mirar a las personas que se comportan diferente, como inferiores, subalternos, sub humanos (3,201,204), que deben ser convertidos, dignificados con la visión de mundo de quien domina, a emulación del Dios patriarcal. Las personas que se atreven a contravenir dicha visión de mundo son juzgadas, degradadas, puestas en una posición de inferioridad que permite al superior castigarlas y aún matarlas sin el menor cuestionamiento de la sociedad que comparte dichas interacciones simbólicas (204). Sin embargo, existen personas con significados y valoraciones diferentes, no dominadoras, dentro de la misma sociedad; es decir existe la esperanza de cambiar el modelo del autoritarismo por el de la comprensión.

Las mujeres que han tomado la opción de la IVET y la ejecutan, saben que es una decisión tan profundamente personal que nadie externo podría entender las situaciones que las llevaron a ella. Saben que es solo la mujer la que está autorizada a tomar una decisión desde su entorno concreto, desde el caso en particular de cada una (2). Por lo tanto, nadie debe entrometerse en dicha decisión. Mediante esta comprensión, aprenden a no juzgar ni querer imponer su visión personal de mundo sobre otras u otros. Se confrontan consigo mismas, y empiezan a reconocer su autonomía y la de cada persona. Entienden además esa autonomía en

términos de responsabilidad, es decir, aprenden a asumir las consecuencias de las decisiones tomadas.

Es en este sentido que dicen haber aprendido la humildad, es decir, han empezado a actuar desde una posición que no es dominante. Lo describen también como saber perdonar, ser tolerante y ser comprensiva.

La vida de las mujeres que viven el proceso de la IVET se transforma porque se modifican los significados sobre su propio cuerpo, su autonomía, la maternidad, la IVE y la IVET, así como los significados sobre el cuerpo de las otras mujeres. Por eso aprenden que no deben juzgar a las demás, pues cada mujer toma su decisión de acuerdo con las circunstancias a las que se enfrenta. No puede juzgar, por el simple hecho de no ser esa mujer, de no conocer las razones que la llevaron a tomar su decisión; cualquier aproximación externa es incompleta, parcial, para lograr comprender el porqué de la transformación de significados y de valoraciones que llevaron a la otra a su decisión; por lo tanto, no juzgan; ellas sí fueron juzgadas y saben cómo duele.

### **7.5.2.3. Las mujeres aprenden a apoyar a otras mujeres que viven situaciones similares**

Con el proceso de la IVET logran las mujeres aprendizajes y transformaciones como el fortalecimiento de los vínculos intra-género, es decir, el desarrollo de un sentimiento de solidaridad con las otras mujeres y el deseo de ayudarlas en su proceso de la IVET. En algo, esta actitud está relacionada con lo que los movimientos feministas denominan sororidad o *affidamento* (216,217).

El apoyo a otras mujeres va desde el consejo oportuno, hasta no escandalizarse y entender por qué alguien toma la decisión de la IVE o la IVET.

Consiste en no criticar ni hacer sentir mal a la otra, sino ayudarla, hacerle ver elementos de juicio que le sirvan para tomar libremente su decisión.

Hay un sentido ejemplificante en lo vivido, en el sentido de poder contar la propia experiencia y compartir las historias de vida.

#### **7.5.2.4. La IVET moviliza la capacidad de cuestionar y lograr conciencia crítica.**

La IVET obliga a la mujer a prestar atención sobre cosas que no había considerado antes, cosas que le afectan directamente. La IVET es una situación que le cuestiona sus propios significados pero que también le permite cuestionar los significados de la sociedad en que vive.

#### **7.5.2.5. Se aprende a valorar más la vida y las relaciones con las personas de su entorno**

Las mujeres, después de la IVET, aprenden a valorar aún más la vida, su propia vida y la de las personas cercanas y queridas. La relación con sus hijos cambia, y pasan de ser mujeres intolerantes y castigadoras a actuar con mucho amor y comprensión.

#### **7.6. Es posible para las mujeres la autonomía: tomar sus propias decisiones**

La experiencia de la IVET transforma las vidas de las mujeres y sus significados sobre la maternidad, la autonomía, el aborto, la IVE y la misma IVET. A pesar de la carga de opresión que viven en su sociedad y en su ámbito familiar, muchas mujeres han sido capaces de enfrentar dicha dominación.

La transformación se ha logrado con ser conscientes del derecho a la decisión sobre la reproducción, saber que la Sentencia que despenalizó el aborto, existe; conocer las causales para acceder a la IVE y ser conscientes, además, que no existe un límite de edad gestacional para hacerlo. Esto las libera. Pero lo más importante, es que se han dado cuenta que ellas pueden tomar decisiones autónomas sobre sus propios cuerpos y, por ahí empieza la liberación frente a las demás tiranías.

Las mujeres que enfrentan un problema tan delicado como el embarazo no deseado, se ven obligadas a tomar una decisión muy compleja, donde participan sus emociones, sus creencias, sus experiencias de vida, y todo aquello que las mujeres identifiquen y consideren importante con respecto a la maternidad y su interrupción (174). Por lo tanto, sus experiencias de vida, sus situaciones psico-afectivas y sus entornos, juegan un papel trascendental para la toma de la decisión de terminar con una gestación. La situación, que no deseaban y que no buscaban, obliga a las mujeres a iniciar una modificación, una transformación de significados.



Comienza un gran conflicto entre los significados, en su gran mayoría patriarcales, que han venido dando a la maternidad y la IVE, porque los adquirieron socialmente, y los nuevos significados, las nuevas ideas y actitudes que desata el acontecimiento que viven. Es el conflicto entre los significados del sistema patriarcal en que fueron criadas y viven, que defiende la reproducción por encima de los deseos de las mujeres y las circunstancias de traer un hijo planeado y deseado, pero con un diagnóstico de una malformación incompatible con la vida extrauterina o un hijo no planeado, no deseado o producto de una violación en contextos familiares, económicos y sociales muy difíciles. Es el conflicto entre el poder del género masculino y la subordinación de la mujer, expresado en oposición, discursos agresivos y violentos y formas de actuar igualmente despectivas y violentas que vulneran aún más a las mujeres subordinadas.

Las mujeres tienen que darse cuenta de las diversas condiciones que pueden servirles para instrumentar la IVET y aquellas que pueden entorpecerla. Tienen en cuenta las exigencias, las expectativas, las prohibiciones y las amenazas que pueden surgir en dicha situación. En otras palabras, interpretan las acciones ajenas (las respuestas de las demás personas que la rodean: familiares, amigos, patrones, sacerdotes, entre otros), y les señalan un valor o significado. Luego de estas construcciones de significado y de las valoraciones de todos los aspectos en que se centró su atención, las mujeres darán una respuesta a la situación, y esta respuesta no es predecible, ni es inherente al estímulo propiamente dicho, pues las mujeres pueden decidir continuar con la gestación sin desearlo, aceptar la misma y continuar con ella, dar su hijo en adopción al momento de nacer, o recurrir a una IVE o una IVET. En consecuencia, las mujeres cuentan con un "sí misma", que puede afrontar y tratar con un embarazo avanzado y no deseado, así como con tomar una decisión al respecto. El problema es que después de cinco mil años de patriarcado, muchas mujeres no saben todavía ejercer su derecho a ser "sí misma". Ahora bien, tal capacidad de decidir no está exenta de experimentarse como un doloroso conflicto.

Como consecuencia de la experiencia de la IVET, las mujeres resignifican su vida de múltiples maneras, y además de la decisión de la IVET, toman otras decisiones importantes que nunca se hubieran imaginado que podrían tomar, como terminar con relaciones que las dañan, relaciones donde son subvaloradas, despreciadas, sometidas. Se des-culpabilizan y aprenden a ser más responsables consigo mismas y con los demás; es decir, adquieren una gama diferente de significaciones y de interacciones simbólicas que cambian sus vidas (174).

En resumen: las mujeres aprenden y adoptan un modo de interacción simbólica diferente a la hegemónica, que legitima su poder de tomar decisiones, es decir su autonomía, y esto termina transformándoles la vida.

La toma de decisiones es inherente a cada individuo, a cada mujer, a los significados que construye de las cosas a las cuales presta atención y se presenta a sí misma, y por lo tanto, la toma de la decisión no se puede generalizar o universalizar, pues depende de las valoraciones de cada "sí mismo-a" y todos los "sí mismos-as" son diferentes. En conclusión, cada mujer como ser humano, tiene un "sí misma" que valora, que da significado a lo que le sucede y que actúa en el marco de la sociedad en la que vive. En últimas, se enfrenta a un escenario en el cual tiene que sopesar los diferentes aspectos relevantes que se le presentan, a favor y en contra, y tomar sus decisiones. Por ejemplo, las mujeres que sienten en riesgo sus proyectos de vida, valoran más la expectativa de su futuro que la gestación en sí misma. Las mujeres que han sido violadas, podrían asumir la gestación como producto del menosprecio al que han sido sometidas, y por qué no, odiar el producto que llevan dentro. O no desean sufrir maltratos adicionales por parte de su pareja y quieren evitarle sufrimientos a su nuevo hijo. Las mujeres que desean su embarazo y tienen un feto malformado, valoran la vida con dignidad y respeto, una vida digna de ser vivida y, valoran negativamente una vida de sufrimiento, de cirugías, de falta de independencia, de lástima; por lo cual, prefieren sufrir el dolor de la IVET y no tener un hijo que nace sin esperanzas de vivir y de vivir dignamente.

Este enfrentarse a una situación forzada, obligada, pone a las mujeres en una situación de conflicto con sus propios cuerpos, con sus proyectos de vida, con sus convicciones, con sus círculos cercanos y por supuesto, con la sociedad en la que viven. Además, es un hecho inesperado que les derrumba el mundo en que vivían, y las obliga a afrontar un sin número de situaciones, muchas de ellas nuevas, y en este caso, con un retardo que lo complica todo.

El presentarse a sí misma el tema de la gestación no deseada, como cualquier tema al que una mujer determinada presta atención, es ponerlo aparte, es otorgarle un valor y luego tomar la decisión de terminar con esa gestación. Por lo tanto, cada mujer construye sus significados de la gestación no deseada, así como de la IVE, basándose en su propia valoración o construcción de significado, que proviene de su continua actividad como ser humano. De aquí se desprende que la toma de la decisión de la IVET es una construcción, una elaboración, en lugar de ser

una mera reacción conductual. Esto es lo que en el interaccionismo simbólico se conoce como actuar basándose en símbolos.

El interaccionismo simbólico, a través de esta investigación, ha venido cumpliendo un papel facilitador para comprender mejor a las mujeres en su ejercicio de decisión para realizarse una IVET. La interacción simbólica consiste en que los individuos interpretan y definen las acciones ajenas, sin limitarse única y simplemente a reaccionar ante ellas. Implica que las personas otorgan un significado y valoración a las acciones del otro. Esto porque la interacción humana está mediatizada por símbolos, interpretación o comprensión del significado de la acción de los demás.

En otras palabras, el comportamiento humano no es una secuencia conductual de estímulo respuesta, sino que está mediado por un proceso de interpretación como paso intermedio entre el estímulo y la respuesta. Para que este proceso se dé, es necesario que cada persona tenga un "sí mismo", en otras palabras, cada persona puede ser objeto de sus propias acciones, o sea que puede actuar con respecto a sí mismo-a, como con respecto a los y las demás. De todas maneras, este no es un proceso lineal o simple; es más bien un laberinto con todas sus incertidumbres y sus angustias, especialmente para las mujeres.

### **7.7. Es posible transformar la vida, empoderarse e incidir en el cambio social**

La sociedad es el marco donde se hallan las causas para la decisión de la IVET, pero no constituye una determinación absoluta para tales decisiones y sus consecuentes acciones; hay campo para la libertad. La cultura hegemónica puede imponer masivamente sus significados, pero hemos evidenciado que muchas mujeres pueden tomar sus propias decisiones, yendo en contravía de lo que tal cultura les ha inculcado, es decir, han trastocado los significados sociales (174), en este caso, los relativos a la gestación y el aborto.

Igualmente debemos tener presente que las modificaciones de la organización social son producto de la actividad de cada uno de sus integrantes y no de fuerzas que dejan relegados a los individuos. Por consiguiente, el cambio de significados es posible, tanto para los individuos, como para la sociedad en general. Así por ejemplo, en la medida en que los individuos vayan cambiando sus significados y valoraciones con respecto al uso autoritario del poder, a la subordinación de lo diferente y al mandato masculino de procreación impuesto a las mujeres, irán incidiendo en el cambio social hacia esa dirección (174).

Los hallazgos de esta investigación nos permiten afirmar con contundencia que es posible un cambio de significados en las mujeres con relación a su propia valoración como seres pensantes y autónomos. Las mujeres (antes consideradas y auto-consideradas objetos) se hacen "sujetos"; es decir se transforman desde su condición de "objetos" o cosas, a una condición de personas. Esta ganancia de subjetividad a través de la rebeldía o desobediencia a lo establecido, tiene relación con la teoría formulada por Kierkegaard con relación al pecado<sup>36</sup> y de Henry David Thoreau con relación a la desobediencia civil<sup>37</sup>; en el caso de las mujeres de esta investigación, ellas han contradicho la autoridad del "padre" (el patriarcado) con su decisión de la IVET, y así logran el fortalecimiento de su subjetividad, el "ser". Así mismo, con dicha decisión, revolucionarían el *establishment* anterior. En términos feministas, se empoderarían, se pondrían en un campo de mayor autonomía, es decir, iniciarían la plenitud de ser: ser personas y ser ciudadanas.

Este crecimiento en cuanto a la ciudadanía de las mujeres contribuye también a construir un entretejido de relaciones de género, con mayor igualdad en nuestra sociedad, porque intuimos que el cambio de significados en los hombres, para la renovación de su subjetividad (de dominadores a pares), y para que inicien la era del respeto a las mujeres y sus derechos, incluyendo los derechos sexuales y los derechos reproductivos, es también posible. Los nuevos relacionamientos entre hombres y mujeres basados en interacciones simbólicas transgresoras del patriarcado serán lo usual, lo cotidiano. En esto consistirá la transformación social humanista, y de respeto al entorno natural. Este tema de los hombres en su camino de transformación debe ser motivo de futuras investigaciones, dado que sin ellos no es concebible la igualdad de género.

Las mujeres empiezan a ser conscientes también, de haber vivido la búsqueda de ayuda en un océano de desinformación, donde el derecho a la IVE y la IVET está oculto, es difícil de encontrar. Caen en cuenta de la poca información que existe sobre el derecho a que las mujeres puedan acceder a la IVE. Entienden que, con ello, los diferentes actores (del ámbito social, familiar, de la salud, de la religión y hasta de la ciencia), aprovechan para imponer su poder o hacer valer sus significados dominantes sobre las mujeres y sus cuerpos, para tratar de hacerlas desistir de la IVET, sometiéndolas a métodos de quebrantamiento de la

---

<sup>36</sup> "...el hombre antes del pecado no es un yo. Él no llega a ser un yo más que en y por el pecado" (221).

<sup>37</sup> "El actuar de acuerdo con un principio moral, confirmándose en lo que es justo y poniéndolo en práctica, altera la relación de las cosas y es esencialmente revolucionario en cuanto corta toda relación con el estado de cosas anterior" (30).

voluntad, aumentando el sufrimiento en el proceso que han decidido. Las mujeres empiezan a caer en cuenta de lo que no eran conscientes antes, lo que las lleva a replantear significados y valoraciones.

En el proceso de la IVET las mujeres logran empoderamiento; descubren que tienen derecho a una ciudadanía sexual plena y por consiguiente claman por la necesidad de difundir los derechos sexuales y los derechos reproductivos; quieren hacerlos llegar a los oídos de todas las mujeres para que ellas también puedan, en un momento dado, tener la mayor cantidad de elementos de juicio que les permita tomar la mejor decisión con respecto a su propio cuerpo, sometido a una gestación no deseada, con feto malformado o producto de una violación. Tratan de contribuir para evitar que otras mujeres caigan en manos de personas y organizaciones que tratan de imponerles su poder, el mandato patriarcal de la procreación, y hacer desistir a las mujeres de su decisión de realizarse una IVET.

Las mujeres se empoderan, aprenden sus derechos y los reclaman para todas. Se dan cuenta que la mayoría de ellas no conocían sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, y mucho menos el derecho a la IVE y la existencia de la Sentencia C 355 del año 2006 de la Corte Constitucional, que despenalizó el aborto (7). Empoderarse, para ellas, es ampliar las situaciones de las que son conscientes y percatarse que viven en una sociedad que les oculta información y que les dificulta el acceso y goce efectivo de los derechos (25,26). Por consiguiente, asumen que deben ser ellas mismas las que los deben difundir, pues una mujer con conocimiento de sus derechos puede acceder a métodos anticonceptivos efectivos, y si estos fallan, podría acceder a una IVE y evitar una IVET. El empoderamiento, en este caso, consiste en vislumbrar cómo funciona la sociedad patriarcal y buscar alternativas para liberarse del mandato sexista de reproducción.

Destacamos, en este sentido, la voz de las mujeres que demanda información y atención en todas las instituciones de salud con respecto a la IVE y a la IVET.

Como podemos observar, las consecuencias de la decisión y la realización de la IVET por parte de las mujeres son positivas para ellas; luego de esta experiencia tan difícil, las mujeres se empoderan al transformar sus previos significados sobre sí mismas (superan el hembrismo, es decir, el patriarcado introyectado en ellas) y son capaces de ejercer su derecho a tomar decisiones por sí mismas. A la vez, quedan deseosas de ayudar a otras mujeres en una situación similar.

Lo anterior da pie para ratificar que los seres humanos, en este caso las mujeres, modifican sus significados de acuerdo con las situaciones que viven en su vida cotidiana y, por lo tanto, es posible la transformación de los significados de las sociedades con respecto a los derechos humanos, los derechos de las mujeres, y en particular, su derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

En términos más abstractos podemos decir que en situaciones extremas como esta, el patriarcado y su dominación sobre la mujeres se hacen evidentes, las diferencias de poder atribuidas al género se hacen conscientes, así como los mecanismo empleados en contra de las mujeres: la violencia obstétrica y son estas evidencias las que posibilitan la transformación, permite el optimismo y la fuerza para continuar en la lucha contra el patriarcado y sus prejuicios, contra el tabú que condena la posibilidad de decisión de las mujeres y, en general, contra el poder como dominación, para transformarlo en poder para la co-inspiración.

## **7.8. Finalizando**

La lectura no prejuiciosa de estas entrevistas permite concluir algunos asuntos importantes.

En primer lugar, no se evidencia ninguna asociación o tendencia particular de parte de las mujeres, que relacione las diferencias en la edad, el número de hijos, el nivel educativo o la creencia religiosa, con la circunstancia de tener que enfrentar una situación que desencadene la decisión y la ejecución de la IVET. Cada mujer tiene presente sus propias interacciones cotidianas, sus sentimientos, las creencias que le han enseñado o las que ha controvertido, y las cosas que le llaman la atención, para valorar cada una de sus decisiones (de acuerdo con los principios del interaccionismo simbólico). Por lo tanto, cada caso es diferente y lo que comparten es que todas enfrentan una realidad que no buscaban, que las obliga a cambiar los significados que daban a la maternidad y la IVE, a actuar en absoluto sigilo, yendo contra los significados mayoritarios de una sociedad patriarcal que condena el aborto e impone la maternidad como mandato masculino. Así pues, independientemente de sus condiciones, las mujeres pueden verse enfrentadas a un embarazo avanzado no deseado, producto de una violación, o con un feto malformado, lo cual las lleva a tomar la decisión de realizarse una IVET.

En consonancia con lo hallado en esta investigación, la IPPF afirma la autonomía de las mujeres, su derecho al acceso a servicios de aborto seguro en cualquier etapa del embarazo, y reconoce la diversidad de razones existentes que llevan a que la interrupción sea "tardía":

La decisión de interrumpir o continuar un embarazo debe siempre recaer en la persona que está embarazada, sin importar la etapa de la gestación. Si es la mujer quien tiene los mejores elementos para tomar la decisión sobre su embarazo en el primer trimestre, también se asume que ella debe tener la misma autonomía sobre su cuerpo en el segundo y tercer trimestre.

Las mujeres deben tener acceso a los servicios de aborto seguro tan pronto como sea posible y hasta el momento en que sea necesario. El aborto en etapas tempranas de la gestación ofrece ventajas médicas a la mujer – por ejemplo, la elección del método para el procedimiento, la menor duración del mismo y una reducción en la probabilidad de complicaciones. Por lo tanto, el acceso a los servicios de aborto en el primer trimestre debe ponerse a disposición de la manera más amplia posible. No obstante, debido a los avances de la tecnología médica, un aborto en el segundo y tercer trimestre, siempre que sea realizado por un proveedor capacitado, es también muy seguro y efectivo.

Siempre existirá la necesidad de abortos en el segundo y tercer trimestre. El aborto en el primer trimestre del embarazo no es siempre posible. Las razones que llevan a buscar abortos en el segundo y tercer trimestre son diversas y tienden a relacionarse con embarazos deseados que, por circunstancias inesperadas, se convierten en no deseados; o en casos en que la vulnerabilidad económica hace que el acceso temprano a servicios sea imposible. Las mujeres jóvenes, en particular, son vulnerables a retrasos en la búsqueda de servicios de aborto – particularmente cuando deben asumir el costo u obtener consentimiento de los padres o el esposo.

Dificultar el acceso a los servicios relacionados con el aborto en cualquier etapa del embarazo no reduce la necesidad de las mujeres de acceder a servicios relacionados. Estas restricciones resultan en un incremento en el número de mujeres que busca abortos inseguros (215).

Adicionalmente, el proceso que conduce a la IVET, así como las repercusiones posteriores, generan gran sufrimiento. En otras palabras, la decisión y la realización de la IVET no se hacen por placer o dicho coloquialmente “por deporte”; son situaciones que generan un profundo dolor, inicialmente por el hecho de estar con una gestación avanzada no deseada, producto de violación o con feto malformado; luego por el hecho de tomar la decisión de realizar la IVET que implica el disponer de la vida de su propio feto, seguido de un parto con feto muerto; todos y cada uno de estos eventos producen diferentes consecuencias en cada mujer, algunas más traumáticas que otras, en algunas con secuelas más duraderas que en otras, en muchas con un dolor que “vale la pena”, por la ganancia en autonomía y derechos alcanzados.

La decisión y la realización de la IVET son situaciones profundamente íntimas, personales, que generalmente no se comparten con nadie, o

escasamente con el círculo más cercano; se trata de ser discretas y que la menor cantidad de personas se enteren, para evitar que puedan resultar lastimadas o se disgusten y se opongan a la decisión. Por consiguiente, para preservar dicha intimidad es necesario mentir, simular que la vida sigue normal y de esta forma lograr mantener en secreto el embarazo y la decisión tomada. Pero en este proceso, es necesario interactuar con la familia, las amistades, el entorno laboral, y especialmente con el personal de la salud, que a veces apoya, pero que frecuentemente juzga, señala e incluso agrede por diferentes vías a las mujeres que están cursando por el proceso de la IVET, incluso acusándolas de asesinas.

A pesar de todo lo ocurrido, de todo lo sufrido, la vida sigue para las mujeres, pero no para ser igual que antes; ellas cambian. Transforman su percepción sobre el aborto, comprenden que sólo la persona que está viviendo esta situación es la que puede y debe tomar la decisión, aprenden a no juzgar a las otras mujeres, se hacen conscientes de su capacidad de tomar decisiones autónomas y de asumir las consecuencias de dichas decisiones, pues ya han tomado quizá la decisión más difícil de toda su vida.

Además, con su acción individual (IVET) y con su nueva actitud de comprensión y apoyo a otras mujeres, logran de alguna manera, incidir en la instauración de la igualdad de género y el respeto a los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la sociedad donde viven. Su ejercicio de autonomía (en soledad y dolor) tiene *de facto* un valor y un poder que suma a la presión social y a las acciones colectivas y públicas que luchan por tales derechos.

En el capítulo siguiente se expondrán las conclusiones y recomendaciones surgidas de esta investigación.



## **Conclusiones**

Las conclusiones y recomendaciones de este capítulo final están basadas en los aportes obtenidos de todo el proceso investigativo, donde la voz de las mujeres entrevistadas fue el eje principal.

Se enuncian conclusiones generales que aplican para cualquier ámbito de desempeño y también conclusiones y recomendaciones más específicas relacionadas con el área de trabajo en salud pública, en educación en salud y en investigación, principalmente en lo relacionado con los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Tienen que ver también con los llamados que hacen las mujeres al gobierno nacional y a los gobiernos locales, exigiendo atención adecuada.

Estas conclusiones van dirigidas a los entes responsables de la salud en el país, pero también cualquier persona las podrá en algún momento asumir como suyas y aplicarlas para sí desde donde esté, pues con seguridad también le aportarán para su propia transformación y para la derrota del mito y la realidad patriarcal en nuestra sociedad.

### **Conclusiones con respecto a los aportes de la investigación a la salud pública:**

La investigación pone de manifiesto la necesidad de un cambio radical de enfoque de la salud pública colombiana hacia la población en general y hacia las mujeres en particular, es necesario su compromiso absoluto con el cumplimiento de los mandatos de la Corte Constitucional en lo referente a la IVE y la IVET, llegando incluso a normalizar el actuar antes en la defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos, sin esperar a que sean exigidos por mandato judicial. En última instancia se exige de la salud pública que converse con la población colombiana, que atienda sus demandas y necesidades y abandone su papel de perpetuadora de un sistema de salud y un sistema socioeconómico totalmente injusto.

Lo anterior nos lleva a que la salud pública cuestione el actual sistema de salud, basado en la transacción económica y en la defensa de la sostenibilidad por encima de la salud de la población. En última instancia, la salud pública tiene que cuestionar el actual modelo económico basado en el ejercicio del poder como dominación y en la presencia de estratos socioeconómicos, donde la mayoría de los ciudadanos colombianos pertenecen a los estratos más bajos y son dominados por una minoría

que solo piensa en como acumular más y enriquecerse a costa de la mayoría.

Indudablemente no es una tarea fácil, pero se puede iniciar por aspectos tan simples como informar a todas las mujeres sobre sus derechos, promover cambios curriculares que introduzcan la perspectiva de género y de derechos sexuales y reproductivos en los currículos, entre otras muchas posibilidades que se discutirán en el apartado de recomendaciones.

### **Conclusiones sobre las características de las mujeres que llegan a la IVET:**

Cualquier mujer en edad reproductiva podría llegar a la IVET. Un resultado muy importante de esta investigación fue que la IVET no resultó ser un hecho circunscrito a un grupo particular de mujeres; por el contrario, sucedió en mujeres con diferentes creencias religiosas o sin ellas; no hizo diferencia por nivel educativo pues ocurrió tanto en universitarias, como en mujeres que sólo hicieron básica primaria; tampoco se encontraron diferencias por la edad. Una gestación no deseada, no aceptada y descubierta tardíamente, puede afectar a cualquier mujer y llevarla a tomar la decisión de realizarse una IVET.

Adicionalmente, las condiciones socioeconómicas, la insatisfacción con la pareja, el prevenir sufrimiento al bebé malformado, o la no aceptación de un embarazo producto de una violación, juegan un papel muy importante en las valoraciones que hacen las mujeres al momento de tomar una decisión de realizarse una IVET.

Descubrirse en gestación, descubrir que está en un estado avanzado, o descubrir que hay malformación fetal, o descubrir el embarazo posterior a la violación sexual, todas son una inquietante y desagradable sorpresa, de la cual las mujeres no tuvieron ninguna responsabilidad directa, pues estaban planificando, o tenían irregularidades menstruales frecuentes, o pensaron que estaban entrando en la menopausia, o se les descubrió una malformación fetal incompatible con la vida a una edad gestacional avanzada, y ninguna espero ser violada y quedar embarazada del violador.

Se tiende a pensar que lo que lleva a la IVET es la irresponsabilidad de la mujer, como si ellas hubieran sido las culpables de una gestación que no fue deseada, y luego más culpables por la decisión de interrumpir la gestación. Claro está, algunas dicen que fue un descuido, pues tuvieron relaciones sexuales en unas circunstancias desprotegidas y de manera

irresponsable. Es evidente que aquí se asume la irresponsabilidad como sinónimo de imputabilidad, que significa la atribución de una acción a un agente como su causa. En palabras de Kant: "la imputación en el significado moral es el juicio por medio del cual alguien es considerado como autor de una acción que está sometida a leyes y se denomina hecho" (170). Por consiguiente, la responsabilidad (prever los efectos del propio comportamiento y corregir el propio comportamiento con base en tal previsión) es un concepto totalmente diferente al de imputabilidad, que implica un juicio externo y la asignación de un hecho.

Esta evidencia nos lleva, por una parte, a desmontar los prejuicios frecuentes sobre las mujeres que recurren a la IVE y la IVET, y por otra parte, a insistir en la necesidad de impartir educación sexual y afectiva que sea idónea, laica y oportuna, para las niñas, adolescentes, mujeres jóvenes y adultas que requieren información, pero también formación en autoestima y auto-cuidado para no caer en las trampas del amor y el erotismo patriarcal, de las cuales salen mal libradas. Así mismo, educación a los hombres para sacarlos de su ideal nefasto de depredadores sexuales, y para formarlos en su derecho al disfrute de su sexualidad con responsabilidad.

### **Conclusiones respecto a los aprendizajes del uso de la metodología:**

Haber utilizado un enfoque histórico hermenéutico me llevó a comprender la importancia que tiene partir de lo concreto, en este caso la experiencia de la IVET expresada por mujeres que la han vivido, usando fundamentalmente el método inductivo para la investigación, entendiendo que la deducción es sólo una vía más, que, privilegiada casi como verdad absoluta, potencia la persistencia del sistema patriarcal.

Privilegiar una investigación basada en la imaginación de los investigadores, que a su vez están inmersos en un sistema patriarcal, lleva a privilegiar el mito fundante del propio sistema: seguir fomentando el ejercicio del poder y la dominación como instrumentos de progreso (1). Por consiguiente, la deducción y la inducción deben participar en igualdad de condiciones en la investigación y en algunos casos la deducción debe estar al servicio de la inducción, o en otras palabras, a la corroboración de las elaboraciones del investigador-a, a partir de la realidad concreta y de esta manera contribuir con la comprensión de dichas realidades situadas.

La epistemología feminista (182) me permitió entender la importancia de hacer la investigación desde la perspectiva de las mujeres, situarme en

su misma posición como subalternas, como sujetos en una posición de dominadas y oprimidas por el mandato masculino, pero resistentes, subversivas y creadoras de un pensamiento alternativo al patriarcal. Igualmente me permitió hacer una pregunta proveniente del mundo de las mujeres, de su interés y sus derechos y no una pregunta proveniente de mi imaginación o desde mi posición de poder como investigador. Por último, son los feminismos los que han dado sentido a mi trabajo por los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

El adoptar la epistemología feminista fue fundamental para poder comprender los significados de las mujeres sobre la IVET y comprender además el contexto, las causas, las relaciones de acción interacción, así como las consecuencias de la decisión de la IVET. Igualmente, me permitió ser consciente de que los investigadores cuantitativos estamos en una posición de poder, actuando, la mayoría de las veces sin darnos cuenta, de acuerdo con los preceptos del propio sistema patriarcal y por consiguiente perpetuando su existencia.

El interaccionismo simbólico me permitió comprender que los significados son construidos; así, la maternidad, no es un instinto o es de naturaleza de toda mujer; al contrario, es una interpretación, una construcción social, de manera que existe la posibilidad real de transformación de dichos significados, colocándolos en el campo de la autonomía, como diría la psicóloga y sexóloga María Ladi Londoño, con "prácticas de libertad". Podemos co-inspirar; podemos superar el sistema patriarcal procurando una vida de interacción equitativa entre hombres y mujeres.

La combinación del enfoque histórico hermenéutico, la epistemología feminista y el interaccionismo simbólico se constituyen en una herramienta poderosa para comprender las problemáticas humanas particulares en un contexto determinado, en este caso, los significados sobre la IVET de mujeres residentes en Colombia.

La respuesta a la pregunta de investigación sobre los significados de la IVET para las mujeres residentes en Colombia hubiera sido imposible con la utilización de una metodología cuantitativa centrada en los promedios y las tendencias, olvidando las particularidades de la creación de significados de los seres humanos. Por lo tanto, esta herramienta metodológica se convierte en un instrumento valioso si queremos comprender las realidades individuales desde el punto de vista de sus protagonistas, en este caso desde el punto de vista de las mujeres que se realizaron una IVET.

## **Conclusiones con respecto a los objetivos de la investigación:**

### **¿Cuál es la situación que enfrenta una mujer que se somete a una IVE luego de las 21 semanas de gestación, a la luz de la experiencia de vida de la propia mujer?**

La mujer que se ha practicado una IVET se enfrenta al tabú patriarcal, que prohíbe y condena la interrupción de la gestación, incluso desconociendo su aprobación legal en las tres circunstancias permitidas en Colombia, dos de las cuales han sido mencionadas por las mujeres entrevistadas: el embarazo por violación sexual y el embarazo con feto con malformaciones e inviable. Este ambiente adverso a su decisión y a la ejecución de su decisión se agudiza hasta la acusación social de asesinato, cuando la IVE ocurre luego de las 21 semanas de gestación, es decir, cuanto la decisión y su realización es tardía.

Esta situación la confronta con los-las demás, pero también consigo misma. En ese conflicto, la mujer busca justificaciones, tiene que esconder sus pensamientos y sus actuaciones en secreto, y se encuentra generalmente sola frente al problema, el embarazo no deseado o deseado que es necesario interrumpir, y sin apoyo en el proceso que lleva a su solución: la IVET.

En medio de una generalizada situación de negación de derechos sexuales y derechos reproductivos, las mujeres que recurren a la IVET sufren discriminación, pero sobre todo estigmatización, en el sentido que son marcadas invisiblemente por la mano del patriarcado, con una marca de rechazo, desprecio y culpabilización que tiene implicaciones como la exclusión social y el maltrato institucional, como castigo por atreverse a desafiar las creencias y el estado de cosas imperante.

Las relaciones de acción-interacción en las que se mueve la mujer que ha decidido la suspensión de su embarazo de manera tardía, muestra una situación desfavorable y otra favorable. Hay personas e instituciones que obstaculizan la decisión de las mujeres, las culpabiliza, las estigmatiza y las acorrala de tal manera, que ellas se ven obligadas a mentir y ocultar su estado, su decisión y las vicisitudes de su realización; también, aunque de forma más escasa, ellas encuentran algunas personas e instituciones que las apoyan, les brindan ayuda, respaldo, no las juzga o condena y las acompaña eficaz y amablemente en sus decisiones.

Las mujeres que enfrentan tardíamente la suspensión de su embarazo, un embarazo no deseado, por una violación sexual o deseado, pero con feto malformado, hablan de una situación económica precaria que se

agravaría con el nacimiento de un hijo, u otro hijo; también de una situación relacional difícil con los hombres, por violencia de pareja, por ausencia del padre de la criatura, o por haber sido víctimas de violación sexual. Y de una situación personal lesionada, pues lo inesperado y no planeado de la situación, aunado a la carga de culpa que reciben, las pone frente al derrumbe de sus planes de vida y les perjudica en su autoestima o valoración personal. Esto ocasiona gran sufrimiento emocional, el cual se suma a los sufrimientos físicos inherentes al procedimiento de la IVET y se multiplica por las presiones externas y los obstáculos institucionales, en especial los del sistema de salud.

La situación final, a consecuencia de haber experimentado el proceso de decisión y realización de la IVET, es que las mujeres cambian de actitud y resignifican su vida; no desean pasar por lo mismo otra vez, aprenden de la experiencia, logran solidaridad con las otras mujeres, descubren su posibilidad de mayor autonomía y logran avanzar en su empoderamiento.

### **¿Cuáles son las causas y circunstancias que llevan a las mujeres a realizarse una IVET, según ellas?**

Las situaciones no buscadas que llevan a enfrentar una IVET son diversas.

La decisión de la IVET está sustentada en un abanico de situaciones y de experiencias de vida de cada una de las mujeres, que se caracteriza a veces por situaciones de negación de la gestación; de una malformación fetal que hace inviable la vida del feto; de la ausencia del padre; de la precariedad económica; de los problemas en la vida de pareja; de la violación sexual que termina en un embarazo; de ya tener hijos y no estar preparada para tener más; del rechazo de la gestación por parte de la familia, del espacio laboral y de la sociedad; entre otros. Prácticamente, ninguna mujer en edad reproductiva está exenta de tener que enfrentar alguna situación particular que la lleve a tomar la decisión de terminar con una gestación avanzada.

El análisis realizado al estudiar estas causas, mencionadas por las mujeres, lleva a la visualización de unas causas más profundas, que tienen que ver, por ejemplo, con la falta de educación sexual y educación reproductiva, idónea, laica, oportuna y de calidad, tanto para hombres como para mujeres, para lograr información y formación, de manera que se puedan prevenir muchas de las situaciones de ignorancia o de inequidad que llevan a un embarazo no planeado y no deseado. Por supuesto que aún con la mejor educación sexual, se podrán presentar situaciones que obliguen a alguna mujer a tener que recurrir a una IVE o una IVET, por ejemplo, con el embarazo causado por violación sexual.

También se desprende de la lectura de las causas, que predominan en nuestra sociedad los prejuicios y una misoginia explícita o sutil que niega a las mujeres el derecho a ser personas plenas, es decir autónomas para tomar sus propias decisiones; esta circunstancia general, o que prima en la cultura, con relación a establecer preceptos androcéntricos totalizantes y negarse a ver una realidad variada y diversa, limita la comprensión y la respuesta de las personas y las instituciones, frente a las necesidades, intereses y derechos de las mujeres. Es decir, se desconocen los significados construidos por las mujeres y se imponen los criterios patriarcales.

Se concluye, además, el hecho de que los hombres están implicados en las situaciones que llevan a las mujeres a la decisión de interrumpir un embarazo, sin que asuman, en la mayoría de los casos, su responsabilidad al respecto, porque han sido socializados o educados para entender y vivir su masculinidad en términos de violencia con las mujeres y desprecio por ellas.

Las causas profundas, por lo tanto, se hallan en el generalizado entendimiento y vivencia del poder como dominación, en la tendencia a eliminar la diferencia y la diversidad con el propósito de imponer la esclavitud de las mujeres a manos de los hombres, la esclavitud de los hombres a manos de unos pocos poderosos, y la prevalencia de una actitud utilitaria y destructiva sobre los animales, las plantas y la Tierra en su totalidad.

Existen unas circunstancias generales que acompañan la toma de la decisión de las mujeres: la religión patriarcal, la legislación que olvida los derechos de las mujeres, la oposición de personas cercanas y significativas a la autonomía de las mujeres, las barreras institucionales para acceder a la IVET, incluso, los riesgos para la salud y la vida de las mismas mujeres.

Y a pesar de toda esta carga general de opresión, las valoraciones más relevantes en la toma de decisión de terminar con una gestación, no necesariamente se limitan por la institucionalidad, o los mandatos de la cultura, sino que responden a las cosas o situaciones más cercanas, más íntimas, las que las afectan en su vida cotidiana. Tienen que ver con la valoración que se hace entre la vida que se vive actualmente y la que se viviría con ese nuevo hijo no deseado, o malformado, o producto de una violación; donde intervienen, elementos muy próximos a la vida de cada mujer, de cada pareja, de cada familia y de cada entorno social particular.

En última instancia, cada mujer tiene sus propias circunstancias que la llevan a tomar su decisión de realizarse la IVET y esta decisión es tan

fuerte, que está por encima de los hombres, de la institucionalidad y de la cultura, constituyéndose en una verdadera transformación de significados con respecto a la maternidad y la IVET. Incluso, y consecuentemente, haciéndolas caer en cuenta de la opresión a la que están sometidas y motivándolas a transformar esas circunstancias generales que se meten en su vida personal y en su circuito íntimo, para dañarla.

### **¿Cuáles dicen las mujeres que son sus sentimientos y emociones, relacionados con la experiencia de la IVET?**

Durante el proceso de decisión y realización de la IVET, las mujeres experimentan culpa, dolor, miedo, temor y vergüenza, sentimientos que nunca hubieran querido vivir; la desazón de un embarazo no buscado, no deseado y descubierto tardíamente, la rabia y la impotencia frente a la violación sexual y luego el doble dolor del embarazo por violación. De manera similar, las mujeres con embarazos deseados, pero con el descubrimiento tardío de una malformación del feto, sufren esta situación difícil y no buscada. No soportan una maternidad impuesta, padecen incertidumbre y se cuestionan en lo más profundo de su ser.

Los sentimientos de las mujeres con la IVET tienen que ver también, con el amor infinito a las personas que le rodean, con la compasión y el miedo de causarles sufrimientos, con la opción de mentir para evitar que dichas personas la dejen de amar, la juzguen, señalen y condenen. Igualmente, por amor a la persona por venir, para evitarle sufrimiento por la falta de recursos económicos o por no someterla a tratamientos médicos que no solucionarán nada y que sólo prolongarán por algún tiempo dicho sufrimiento.

Las mujeres experimentan inseguridad al ver alterados sus proyectos de vida; sienten temor por la reacción de las personas que le rodean, pánico por presentir que van a ser rechazadas, juzgadas y maltratadas; culpa por no ser capaces de ser madres amorosas; por no tener los recursos materiales para darle una vida digna a ese nuevo ser. Agreguemos también el mencionado "temor de Dios" y los miedos asociados con la idea de pecado, sacrilegio, excomunión o castigo en el más allá, por sus actos en el más acá.

El amor, el dolor, la culpa y el miedo son los sentimientos preponderantes en todo este proceso que llevan las mujeres en su decisión por la IVET. En última instancia, la decisión es muy dolorosa, genera mucho sufrimiento, no satisface a nadie y menos a las propias mujeres; sin embargo, no hay otra salida conveniente y se opta por padecer dicho



sufrimiento, pues éste ha sido valorado como más soportable que el continuar con una gestación no deseada o con feto malformado, lo cual causaría mucho más dolor y sufrimiento que el que sentirían de no haberse realizado la IVET.

Es una decisión que les causa también sentimientos de tranquilidad por haber sido fieles a sí mismas, y de liberación y restauración de su equilibrio y autoestima puesto que descubren su poder de tomar decisiones.

En otros casos, son atrapadas nuevamente por el propio sistema y se debaten entre la culpa y el remordimiento por haberse realizado la IVET. De aquí la importancia del apoyo emocional antes, durante y después de la IVET para facilitar que las mujeres sean conscientes, de cuanto sienten y han sentido, y puedan elaborarlo de manera adecuada. También implica un llamado al respeto profundo por los sentimientos de las mujeres, especialmente por parte del personal del sistema de salud.

### **¿Cuáles, según las mujeres, son los obstáculos y los apoyos institucionales y no institucionales, durante el proceso de la IVET?**

Los obstáculos:

Además de un contexto muy frecuente de oposición por parte de un buen sector de la sociedad, de los partidos políticos de extrema derecha y de las iglesias, las mujeres se ven enfrentadas a la ausencia de atención médica adecuada y oportuna, de fácil acceso. Son muy pocos los lugares donde encuentran en el país dicha atención, lo cual implica para ellas desplazamientos y costos de viaje, alejamiento de sus responsabilidades familiares y laborales, incluso para muchas, consiste en llegar a un ambiente que no conocían, en el caso, por ejemplo, de las mujeres rurales. A más de su propia lucha interior e incertidumbres, las mujeres se encuentran con el rechazo familiar y el de sus ambientes laborales. Para completar el panorama de dificultades, cuando llega el momento de la intervención médica, en sus diferentes momentos, ellas sufren una violencia obstétrica particular, que es una violencia de género poco estudiada y denunciada: la violencia contra las mujeres que se practican la IVET. Esta violencia tiene las características de la tortura, tanto emocional como física; va desde el maltrato verbal culpabilizante y desobligante, hasta la negación de anestesia; desde la violación de la intimidad cuando las colocan en piezas compartidas con maternas que recién han tenido su bebé, hasta el martirio de dejarles por largo tiempo junto a su cuerpo, el feto muerto. Se pasa por los diagnósticos errados o

las demoras injustificadas en la atención, hasta la presencia en las instituciones de salud de personas religiosas encargadas de culpabilizar y amenazar con el infierno, o prometer ayudas económicas con tal que la mujer desista de su decisión. Se nombra también la desinformación y la falta de personal de salud especializado para realizar los procedimientos que las mujeres necesitan.

Las posiciones antagónicas de nuestra sociedad frente a la IVET, nos muestran un camino largo en la lucha por los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

La resistencia y fortaleza de las mujeres:

Se puede ver que la decisión de la IVET se hace fuerte, incluso por encima de la oposición más feroz, de la falta de apoyo y de los métodos crueles utilizados con el propósito de hacer desistir a las mujeres de su decisión.

La decisión de las mujeres va más allá de la oposición de personas o instituciones, y salta obstáculos que parecen insalvables para continuar adelante con la realización de la IVET.

Tal resistencia contra el sistema patriarcal llama al reconocimiento y a la comprensión del valor resiliente de las mujeres, que contribuye desde lo personal e individual, con la transformación social.

Los apoyos:

A pesar de un ambiente predominantemente adverso, las mujeres logran encontrar apoyo en las amigas, en algún familiar, y algunas veces en la misma pareja. Aunque generalmente están muy solas, en algunas instituciones encuentran atención que las conforta, por parte de psicólogos o psicólogas, enfermeras o enfermeros, médicos y médicas, tanto generales como especialistas, que las tratan con respeto y entienden que se trata de garantía de derechos y no de un favor. No podría hablarse propiamente de redes consolidadas de apoyo integral que puedan solventar las necesidades emocionales, económicas, jurídicas y de salud de las mujeres. Sin embargo, en algunas pocas instituciones se les hace remisión adecuada o se les brinda información pertinente, clara y útil. Existen algunos grupos de mujeres u ONGs en algunas ciudades que apoyan a las mujeres en dichas circunstancias; sin embargo, frente a la dimensión del problema, es un intento precario. Finalmente, hay administraciones públicas responsables que plantean desde los planes municipales la atención a la salud reproductiva de las mujeres y entablan diálogo con la sociedad civil, creando o apoyando la existencia de Mesas o Comités, desde donde se impulsa y se hace veeduría al cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población femenina. Al

menos en uno de los departamentos de Colombia, existe desde la Administración Pública en Salud y desde algunas instituciones privadas, una clara respuesta a las mujeres en su derecho a la IVE, nos referimos al Valle del Cauca. Aunque un poco más restringido, la capital del país, Bogotá, brinda servicios en este sentido, y en Medellín el proyecto Clínica de las Mujeres, espera ser implementado algún día.

### **¿Cuáles son los significados que dan las mujeres a su experiencia con la IVET luego de las 21 semanas de gestación?**

Las mujeres demuestran con su vida la posibilidad de hacer cambios de significado frente al aborto, la IVE y la IVET, prueban con su propia experiencia que las transformaciones sí son posibles.

El proceso investigativo logró responder por el cambio de significados que ocurre en las mujeres, con respecto a la experiencia de la IVET y a los asuntos relacionados con ella, que se extienden hasta nuevas actitudes, pensamientos y propósitos frente a la vida, las relaciones sociales y los derechos humanos.

Se puede constatar, a través de las propias voces de las mujeres que, a pesar de estar oprimidas por una sociedad profundamente patriarcal, donde la dominación y la violencia las convierte en seres subordinados, ellas son capaces de reflexionar asumiendo una postura crítica, y se empoderan para tomar sus propias decisiones, llevándolas a cabo en un terreno de contradicción, conflicto, dolor y dificultades.

Frente a duras y fortuitas circunstancias, han ejercido su autonomía (un valor, un derecho, una habilidad negada a las mujeres) y han tomado la decisión de interrumpir su embarazo, resignificando los significados aprendidos, a la luz de la experiencia de la IVET. En consecuencia, está demostrado que la apropiación de derechos, la recuperación del "sí misma", es posible aún desde la vivencia traumática de la interrupción de un embarazo no deseado o con feto malformado, desde el rechazo familiar, social y religioso, desde las situaciones de violencia de pareja y la pobreza.

De facto, estas mujeres son punta de lanza para la instauración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en una sociedad adversa a ellos; tal experiencia, que con esta investigación comienza además a ser discurso, abre un panorama de esperanza para que las mujeres sean consideradas mayores de edad, soberanas de su cuerpo, ciudadanas plenas con derecho a tomar decisiones por cuenta propia. Lo que han venido ganando las mujeres al pasar por la IVET, no es "desembarazarse"

de un problema y ya, más o menos conscientemente (con motivo de su embarazo, y su interrupción, en este caso tardía), logran percibir su cuerpo como territorio de poder, superando la alienación a la que venían siendo sometidas.

Las mujeres logran parcialmente revertir los significados patriarcales que se les han enseñado desde la infancia, especialmente el que les impone la maternidad como mandato. Y han podido transformar su percepción sobre sí mismas, entendiendo, por ejemplo, que no son "malas madres" o "asesinas", sino, al contrario, que es por amor maternal y por ser "buenas madres" que toman la decisión de una IVET, para ahorrarle sufrimientos a una criatura, o para garantizar la calidad de vida de otros hijos-as. Sin embargo, este es un proceso variable de mujer a mujer y en unas más que en otras persisten los sentimientos de culpa, que las atan al ámbito patriarcal en que han nacido y han sido socializadas. Esto piensan y hacen, aunque se proscriba el aborto por diferentes sectores de la sociedad.

Los significados de las mujeres sobre la IVET eran unos, antes de enterarse del embarazo no deseado, con feto malformado o producto de una violación sexual, y otros después. Dichos significados, que eran frecuentemente negativos al aborto, se transformaron durante el proceso, pasando de la oposición y el señalamiento a las mujeres que abortaban, a comprender que, en una situación concreta, una mujer puede no querer estar en embarazo y menos con un embarazo avanzado y no deseado. Aprendieron entonces a no juzgar a las demás mujeres, ni condenarlas cuando tienen que recurrir al aborto y a la IVET. Uno de sus aprendizajes importantes ha sido aceptar y comprender que la decisión de la IVET es una decisión que sólo le compete a la mujer que está inmersa en una situación concreta y ante unas circunstancias sociales igualmente particulares y específicas.

Se puede colegir entonces que los seres humanos, sí pueden controvertir y algún día erradicar el patriarcado, conformando sociedades con igualdad de género y respeto por los derechos de las mujeres, especialmente por sus derechos sexuales y reproductivos que, como enseñó María Ladi Londoño, "son los más humanos de todos los derechos".

Ahora bien, los significados sobre la IVET son variables, dependen del devenir de interacciones simbólicas de cada mujer, y de las valoraciones que haga. Las valoraciones son de carácter personal y llevan a que unas cosas sean valoradas más que otras en dicho proceso de decisión. Tales cosas, de las que es consciente cada mujer, al igual que sus respectivas valoraciones, dependen del historial de interacciones simbólicas de cada

una en un momento determinado de su historia y de su vivir en un grupo humano determinado (174). Por consiguiente, la decisión no es sólo consecuencia del embarazo no deseado o con un feto malformado; estos acontecimientos realmente actúan más como detonantes de la situación; existen causas de fondo que dependen de la valoración que la mujer hizo de todos los aspectos que eran importantes para ella; por ejemplo, el terminar sus estudios, o salir de una situación de violencia, o conseguir un trabajo remunerado. Así la decisión sea la misma (realizarse una IVET), cada proceso es diferente e inherente a cada mujer. Algunas valoran más su proyecto de vida, otras quieren evitar sufrimientos por intervenciones médicas heroicas a sus bebés, otras simplemente no están preparadas ni física, ni psicológicamente para tener un hijo o nunca habían pensado en ser madres, entre otras muchas valoraciones.

Otra de las evidencias de esta investigación, es que muchas mujeres entrevistadas viven relaciones de violencia o de ausencia con los hombres que son sus parejas, o que fueron los padres de sus hijos, ocurre también que algunas no saben quién fue el padre. El caso más doloroso es, el de quienes quedaron embarazadas, porque un hombre las violó.

Sólo en casos excepcionales el compañero o esposo ha acompañado y respaldado a la mujer en su decisión de la IVET. Esto nos indica que el cambio de significados también debería ocurrir en los hombres, pues un embarazo ocurre, la mayoría de las veces, por la interrelación de un hombre con una mujer y por lo tanto, la decisión de una gestación o la situación inesperada de un embarazo no deseado, es una situación que debería ser responsabilidad de ambos, así la decisión de terminar con el embarazo sea una potestad y una responsabilidad exclusiva de la mujer.

Lo anterior lleva a reflexionar sobre cómo estamos educando a los hombres de nuestro país en masculinidades género sensibles, es decir en el cuestionamiento de su virilidad patriarcal, el ejercicio de su paternidad y en los derechos sexuales y derechos reproductivos. Hay que hacer consciente que la cultura, el sistema educativo y el sistema de salud, entre otros cauces socializadores de género, han depositado toda la responsabilidad de la concepción en las mujeres, liberando de la suya a los hombres. Es necesario entonces involucrar mucho más a padres, esposos e hijos en la consideración y respeto de la autonomía de sus hijas, esposas o compañeras, madres y amigas; es decir, de todas las mujeres.

Igualmente, el cambio de significados de las interacciones simbólicas de la sociedad frente a este tema, también son posibles, pues en la medida que más personas cambien sus significados individuales, se irá gestando una transformación en nuestra sociedad, dado que las interacciones

simbólicas de un grupo social se dan por el entramado de las interacciones simbólicas de todos y cada uno de los individuos que participan en ella. Así, entre más personas comprendan y promulguen los derechos sexuales y los derechos reproductivos, más rápido se irá tejiendo ese nuevo entramado que garantizará el disfrute efectivo de los derechos para toda la población.

Es importante destacar (además del impacto de las luchas feministas por el derecho al aborto legal y seguro en el mundo, en Latinoamérica y en Colombia), el callado pero valiente acto de muchas mujeres que individualmente, en solitario y generalmente en secreto, acuden a ejercer su derecho a la IVET, e incluso se enfrentan a personas de instituciones de salud u otras, defendiendo su decisión y reclamando una buena atención. El impacto que logran podrá ser pequeño, pero es valioso.

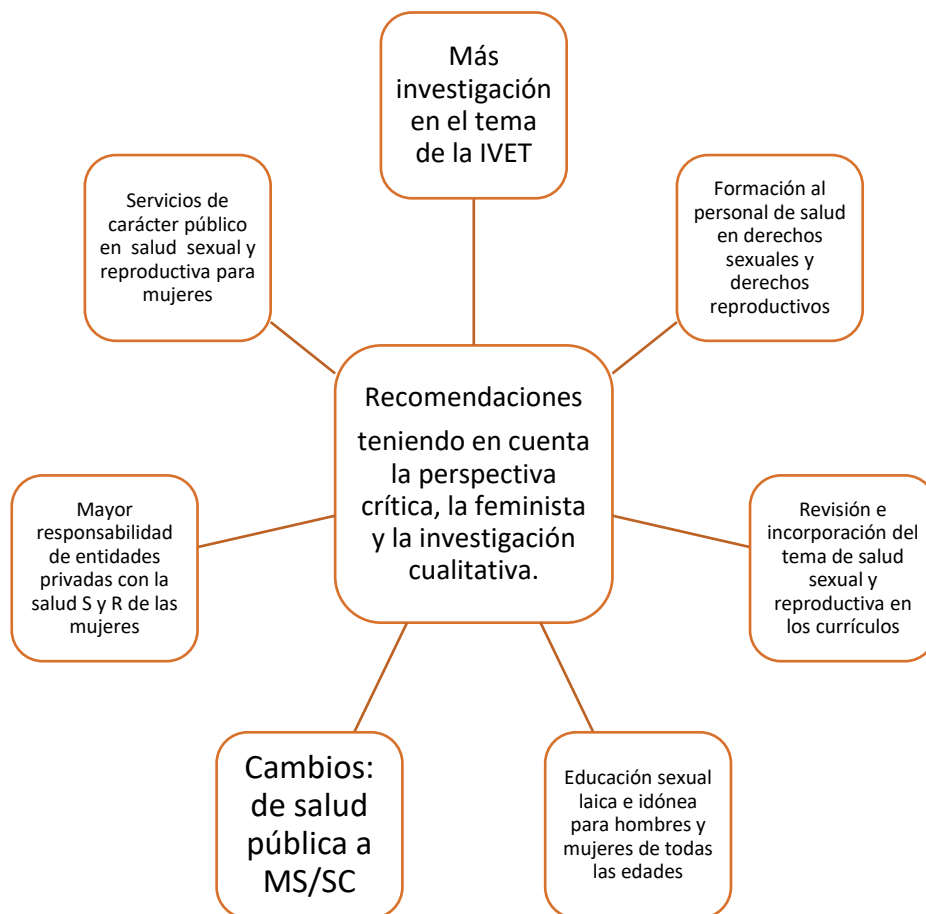
Esta postura nos aleja de todo determinismo estructural, nos muestra que el patriarcado se puede derrotar, y que es posible resignificar conceptos poderosos que han hecho mucho daño a la humanidad, por ejemplo, la re-significación del papel de ese varón omnipotente que nos han enseñado como dios. Desde el respeto por todas las creencias, al que nos obliga la Constitución de 1991, podemos ver que las mujeres, aunque siguen con su fe en tal divinidad, la han resignificado, convirtiéndola de condenadora y castigadora, a una entidad bondadosa y comprensiva que ilumina a las mujeres en su decisión de la IVET, y en vez de condenarlas por su pecado, se convierte en un sublime amparo.

Los hallazgos de las consecuencias que tiene para las mujeres la decisión y realización de la IVET -que desde el prejuicio se podrían considerar negativas-, son positivas, o más bien, se convierten en positivas, según la indagación con las entrevistadas; por supuesto, cargan con su dolor, su necesidad de mentir y su sensación de culpa, pero al final, todo se convierte en un gran aprendizaje de vida, de autonomía, y de solidaridad entre mujeres.

Esto constituye un aliento para seguir luchando en pro de transformar la visión de mundo, desarticulando el sistema patriarcal desde sí y desde las instituciones, dejando de ejercer el poder como dominación (3,204) e impulsando interacciones de igualdad entre hombres y mujeres. Los hallazgos de este estudio mueven también la responsabilidad institucional y personal para no estigmatizar o discriminar a las mujeres, sino apoyar y respetar sus decisiones.

## Recomendaciones

Los hallazgos de esta investigación coinciden con cuestiones ya evidenciadas en estudios previos sobre la IVE en la salud pública global y de América Latina, a saber: que las mujeres no conocen sus derechos sexuales y derechos reproductivos, que tienen dificultades con el acceso a métodos de anticoncepción seguros y efectivos, que son víctimas del comportamiento machista y violento de sus compañeros y del sistema de salud, que sufren intensamente con la decisión de la IVE o la IVET y que para acceder a ella deben padecer y superar innumerables barreras, como demoras en la atención mientras se extiende la edad gestacional y los sufrimientos que esto conlleva. Pero... ¿Qué se puede hacer para tratar de remediar toda esta situación?



**Figura 7.** Recomendaciones emanadas de esta investigación

## **Incrementar el estudio sobre la IVET desde la perspectiva de derechos de las mujeres.**

Como los cambios de significado sobre las cosas, sí son posibles, se hace necesario incrementar los grupos de estudio, las investigaciones, los debates, las discusiones alrededor de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, con sentido eficaz, develando el patriarcado y escuchando la voz de las mujeres, para lograr en últimas una transformación social que de verdad garantice tales derechos.

Estas investigaciones pueden nutrir la pedagogía y las políticas públicas con el fin de desatar procesos personales e institucionales que valoren la autonomía sexual y reproductiva, así como la autonomía en todos los demás aspectos, como derecho inalienable de las mujeres.

Pero lo más importante es que a partir de los resultados de las investigaciones, se desarrollen programas de acompañamiento efectivo a las mujeres que han pasado por la experiencia de la IVET y la IVET, para que potencien lo evidenciado en esta tesis: su posibilidad de cambiar significados con respecto a la vida, la sociedad, su ser como mujer, la gestación, la IVET y la IVET. Si desde las enormes dificultades y dolor que afrontan, las mujeres logran ser conscientes de cosas de las cuales no caían en cuenta antes de la IVET (como que han estado oprimidas, subyugadas y desinformadas, violentadas por sus compañeros y por la sociedad en general), con un adecuado acompañamiento y pedagogía durante la IVE, se podría facilitar un proceso de conciencia y empoderamiento mayores, para que crecieran como personas y ciudadanas, evitando quedar atrapadas por la culpabilización y la auto-culpabilización.

El proceso de la IVET es una oportunidad para que las mujeres reflexionen sobre cosas que antes hubieran sido incapaces de pensar, como abandonar al marido que las maltrata y las menosprecia, ser conscientes de su fortaleza y de la vida que realmente quieren vivir, desprenderse de condicionamientos sociales, y valorar y amar más a sus hijos y a sí mismas; todo esto y más podría ser potenciado por un adecuado acompañamiento y apoyo formativo a las mujeres, que llevara su transformación de significados mucho más allá: al conocimiento amplio de sus derechos, al fortalecimiento de su sororidad, al vuelo de su conciencia crítica.

Ahora bien, el tipo de investigación que se requiere es la de enfoque feminista, pues permite comprender la importancia de ponerse en los zapatos de la otra (182), de entender la subordinación de las mujeres y



leer desde allí la realidad de la IVET. Recordemos que no hay investigación neutral; sin embargo, sí hay investigación prejuiciosa o moralista, frente a la cual hay que estar alerta y con las gafas de la perspectiva de género, para develarla y contra-decirla.

Es urgente fortalecer investigaciones por esta misma ruta, en las universidades de Colombia, en las áreas sociales y especialmente en el área de la salud; en las Facultades de medicina y especialmente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, para generar un conocimiento que permita afrontar los retos de la práctica médica, la enfermería y la salud pública, frente a los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Es innegable, además, la necesidad de plantear nuevas preguntas de investigación que indaguen por la realidad de nuestras poblaciones, por ejemplo:

- La develación de la violencia obstétrica, como una de las violencias de género y qué hacer para erradicarla, especialmente la que sucede a las mujeres que deciden la IVE o la IVET.
- Los significados de mujeres y hombres sobre la anticoncepción, la maternidad y la paternidad, la IVE y la IVET.
- Los significados que tienen los hombres respecto a la IVE y la IVET.
- Por qué los hombres están ausentes o son excluidos de las decisiones relacionadas con la IVET.
- Cuáles son los significados de las comunidades indígenas frente los derechos de las mujeres, y en especial, en relación con la decisión autónoma de realizarse una IVE o IVET.
- Los significados de la IVE y la IVET para el personal de la salud.
- La violencia contra las mujeres en los servicios de salud, por parte del personal de la salud, especialmente cuando acuden a IVE o IVET.
- La violencia institucional con relación a la formación del personal de la salud, develando las prácticas patriarcales en la enseñanza de la medicina y la salud pública.

Estos, entre muchos otros temas, ayudarían a comprender el porqué de toda esta problemática y facilitarían el encuentro de respuestas o alternativas de solución más pertinentes, y formas de concertación para co-inspirar.

Igualmente, es necesario tratar de incidir en la agenda de investigación del área de la salud, fortaleciendo la investigación cualitativa, inductiva y feminista, en un ambiente donde la investigación cuantitativa es la dominante, y donde la investigación cualitativa es vista con desconfianza o con desdén por epidemiólogos y epidemiólogos clínicos.

Es necesario incentivar la investigación cuantitativa, pero principalmente la cualitativa en salud, en contextos particulares, donde la visión desde los propios participantes sea central; todo con el propósito de dejar de indagar sobre un mundo imaginario y dedicar esfuerzos a comprender nuestro mundo, nuestra casa común, nuestros problemas reales y cotidianos. Comprender, por ejemplo, la cosmovisión de los pueblos ancestrales y comprender que hay otras maneras de relacionarse con la naturaleza, o entender el porqué de la subordinación de las mujeres indígenas, afrocolombianas, mestizas, entre otras, y de esta manera transformarse y participar en la transformación de dichas realidades, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las comunidades.

Ahora bien, si combinamos el método inductivo con la visión feminista para abordar las situaciones desde la posición de "la oprimida", iremos transformando dichas relaciones de poder; de ahí la importancia de investigar, evidenciar y denunciar toda situación de opresión, bien sea de las mujeres o de los demás grupos subalternos; incluso investigar el poder opresor desde el mismo poder opresor con una mirada crítica, para comprender su dinámica y hallar las grietas que posibiliten su deconstrucción. Será importante abordar el poder académico, el poder de la investigación cuantitativa y sus mecanismos de perpetuación, pues sólo con la comprensión de dichos mecanismos, podremos emprender el proceso de cambio de significados con respecto a dichos poderes, y contribuir con su transformación.

### **Revisar y transformar los currículos universitarios para incorporarles perspectiva de igualdad de género, y estudio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.**

En la educación pre y post universitaria, es necesario hacer cambios en la malla curricular, de tal forma que las y los estudiantes tengan la oportunidad de formarse en género, feminismos, derechos sexuales y derechos reproductivos, develación del sistema patriarcal, entre otros, con respeto por la visión de mundo de las mujeres y de las personas no heteronormativas.

Se requiere convocar y motivar a las personas de toda el área de la salud con algún grado de sensibilidad frente a este tema y hacer con ellas y

ellos las gestiones de propuesta a las directivas universitarias para incidir en la transformación de la malla curricular, por ejemplo, en los pregrados de medicina y enfermería, así como en la especialidad de ginecología y obstetricia.

Abandonando el laberinto del tecnicismo en el que estamos inmersos, comprendiendo que los seres humanos somos mucho más que robots, no menospreciando, sino comprendiendo la técnica, haciendo interrelación de emocionalidad y racionalidad, se tomaría una verdadera decisión de salud, en cuanto a la formación profesional.

Para lograr transformaciones es necesario hacerse consciente de la importancia de abordar múltiples cuestiones que tienen que ver con la cualificación de la profesión, como la sabiduría al dar malas noticias, utilizar el poder de la comunicación amable y asertiva médico-a paciente, la erradicación de la violencia obstétrica, la educación para la salud, la promoción y la prevención desde la visión del poder no dominador, la apropiación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, develar el currículo oculto sexista, aprender sobre los feminismos, y muchos temas más que permiten abandonar el poder patriarcal de la medicina que actualmente ejercemos.

Como quedó en claro en este proceso investigativo, un número muy importante de profesionales de la salud, tanto hombres como mujeres, tienen unos significados del poder, de la dominación, de la autoridad, de la violencia, y de la autonomía de las mujeres, entre otros aspectos, que son profundamente patriarcales, producto de sus interacciones simbólicas en sus hogares, en sus círculos sociales y en el sistema educativo que les formó. Esto configura un reto para el modelo educativo de la mayoría de las facultades de salud del país frente a la pregunta ¿cómo están contribuyendo para que el personal de la salud en formación transforme sus comportamientos cotidianos de dominación y violencia contra la mujer y contra los pacientes en general?

El origen de esta tendencia se encuentra en la formación del personal de la salud, hasta ahora centrado casi exclusivamente en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, centrado en las especialidades, dejando de lado temas como el género.

Dicho personal adquiere unos conocimientos que los hacen creer superiores a la población que atienden, usualmente menos educada; dicha superioridad se manifiesta en la imposición de diagnósticos y tratamientos, o prohibiciones y reticencias en la atención, por ejemplo, a las mujeres que solicitan una IVE o una IVET, todo porque consideran que

la mujer es un ser subordinado y condenado al mandato patriarcal de parir.

Por lo tanto, se hace evidente la necesidad de una transformación del currículo de las universidades de salud en Colombia para tratar de hacer énfasis en las personas y especialmente en las mujeres como seres sentipensantes, y no sólo en sus órganos, sistemas y enfermedades. Será necesario introducir dicha discusión en las esferas donde se toman decisiones para que se inicie un proceso de transformación curricular donde el género y los derechos sexuales y derechos reproductivos sean tenidos en cuenta.

**Contribuir con los cambios de significado del personal de salud que se encuentra en el ejercicio de la profesión, para que eviten el sexismo y favorezcan el cumplimiento de los derechos de las mujeres:**

Como estamos inmersos en una sociedad patriarcal, la mayoría del personal de la salud da significado al aborto, la IVE y la IVET en términos de algo pecaminoso, mal hecho y que merece juzgamiento y sanción de todo tipo contra las mujeres. En consecuencia, es necesario incidir en el personal que labora en las áreas de la salud para que cambie sus significados al respecto, con formación, pero también mediante una conexión de lo teórico de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, el aborto, la IVE y la IVET, con sus manifestaciones en la práctica, en el ámbito de la medicina, la enfermería, la salud pública, así como en el campo asistencial. También en los programas de extensión de las universidades dirigidos a profesionales de la medicina general, enfermería y especialistas en ginecología y obstetricia, hay que garantizar que la agenda de capacitaciones incluya los temas ya mencionados.

Recordemos que las mujeres hablaron de profesionales adversos a su decisión, y de los que le brindaron trato amable y respetuoso: allí se encontraron médicos, médicas, enfermeras, el que tomó la ecografía, estudiantes de medicina, los psicólogos y psicólogas, las y los especialistas. Es decir, nos señalan qué profesiones requieren de formación especial para tratar a las mujeres en el proceso de la IVET.

Contribuir a la construcción de un entramado de personas respetuosas de sí mismas y de las demás, pero principalmente de las mujeres, y que reconozcan y respeten el derecho y la autonomía de las mujeres para decidir sobre su propio cuerpo, no es una tarea fácil, pero es un deber.

## **Implementar, para toda la población, programas idóneos de educación sexual y afectiva, laica.**

Fue evidente durante todo el proceso investigativo, que el personal de la salud, los compañeros y familiares de las mujeres que accedieron a una IVET, y la población en general, requieren de una educación sexual y afectiva básica, que les desarrolle las capacidades para tomar decisiones conscientes, informadas y responsables, no atadas a guiones patriarcales y hembristas, con ignorancia y desde el prejuicio.

Por lo anterior, es imperativo impartir educación sexual laica en todas las instituciones de educación básica primaria y secundaria de todo el país, a padres y madres de familia, en las empresas, en las instituciones relacionadas con la cultura y por los medios de comunicación social. No en función del temor sino en función del derecho, de la autonomía y de la responsabilidad, que no elimina el placer pero que rechaza cualquier tipo de violencia.

También una educación sexual y afectiva que ponga énfasis en la responsabilidad de los hombres en la sexualidad, la afectividad y el proceso reproductivo, que incida en la transformación de la masculinidad, desvirtuando el modelo patriarcal hegemónico, propiciando el disfrute responsable de la sexualidad tanto para mujeres, como para hombres, y enfatizando en la prevención de las gestaciones no planeadas y no deseadas. Así mismo, que informe sobre el derecho de las mujeres a la IVE y la IVET.

En este propósito se han de aprovechar las políticas públicas de género, educación y salud, para implementar programas de educación sexual, de calidad para todas y todos, exigiendo al Estado una posición laica, acorde con lo establecido en la Constitución Política.

## **Instaurar servicios institucionales de atención en salud sexual y reproductiva de carácter público, para mujeres, programas de difusión de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, e instaurar más servicios de IVET**

Es necesario insistir en la creación de instituciones públicas especializadas en la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, especialmente de las mujeres, pues es al Estado a quien le corresponde garantizar los derechos humanos.

Esta estrategia formidable garantizaría una atención con calidez y calidad, aseguraría el seguimiento posterior al evento y daría la posibilidad de

formación para el personal de la salud, lo que contribuiría con el cambio de significados sobre las mujeres, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, la IVE y la IVET.

Tarea nada fácil en un país donde la iglesia católica tiene un poder considerable y donde otros grupos religiosos ocupan puestos de representación política; donde nuestros legisladores le tienen pánico a discutir sobre el tema pues pierden el apoyo de los votantes, y donde los funcionarios del gobierno prefieren mantener este tema congelado. Pero así como las mujeres que pasan por la IVET, sacan valentía de flaqueza y se enfrentan a tantos enemigos juntos, los movimientos de la sociedad civil, procurando la unión de los que están a favor de los derechos, pueden ejercer presión a los entes gubernamentales, para concertar con los Ministerios y las Alcaldías, especialmente de Salud o Protección Social, Educación y Comunicaciones, una gran campaña de información dirigida a la población general, pero especialmente a las mujeres, para informar sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos, parte de los cuales son los derechos al aborto legal, seguro y sin límite de edad gestacional.

La política educativa nacional, el Ministerio de Educación y las Secretarías de Educación, deben contribuir con la inclusión en los currículos escolares de la discusión sobre el sistema patriarcal y sus consecuencias, así como de la salud sexual y la salud reproductiva para mujeres y hombres, de manera que los derechos sexuales y los derechos reproductivos hagan parte de la formación de los y las estudiantes en todo el territorio nacional, y que los servicios de asesoría, acompañamiento y toma de la decisión sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos, estén al alcance de la población escolar. Es necesario, incluso, realizar una investigación sobre las prácticas patriarcales en el sistema educativo con el fin de inducir a la reflexión y el cambio de significados de las y los estudiantes, del personal docente y de los padres y madres de familia.

Teniendo en mente las múltiples dificultades que enfrentan las mujeres para acceder a una IVET en Colombia, se hace necesario ampliar el portafolio de servicios especializado para las mujeres en las diferentes ciudades del país, con el propósito de facilitar el acceso a asesoría, acompañamiento en la toma de decisiones, en la atención integral y con calidez, así como en el seguimiento posterior al procedimiento. En este sentido, es necesario mejorar la oferta pública de servicios para satisfacer las necesidades de las mujeres en derechos sexuales y derechos reproductivos, demanda que fue ya planteada en Medellín hace unos diez años por las mujeres feministas y del Movimiento Social de Mujeres, lo cual llevó a la administración municipal a asumir el Proyecto Clínica de las

Mujeres, adquiriendo para ello los terrenos y levantando una infraestructura adecuada, la cual sin embargo, nunca entró en funcionamiento para sus fines iniciales, por la influencia de la iglesia católica ante el alcalde de turno. Así se frustró una iniciativa que evidentemente favorecería a las mujeres y generaría mayor equidad. Ante la suma de evidencias que comprueban la necesidad de la Clínica, se concluye que es necesario recobrar la idea y el espacio, y retomar la exigencia a los nuevos gobiernos para que le cumplan a las mujeres. La Clínica de las Mujeres de Medellín debía ser ejemplo nacional de un lugar estatal seguro y amigable para atender a las mujeres en sus verdaderas necesidades con respecto a la salud, y específicamente a su salud sexual y reproductiva. Ellas no han acallado su voz; no la acallarán hasta que este proyecto se haga realidad, como esperanza cumplida y un derecho alcanzado.

En la voz de las mujeres se resalta la necesidad de integralidad de los servicios, para acabar con el viacrucis de tener que hacerse en partes distintas, atenciones del mismo proceso. Para ello es necesario centrar servicios y fortalecer el trabajo en red entre las instituciones del Estado, y entre éstas y las privadas.

Aprendiendo de las experiencias exitosas, cada municipio de Colombia debería instalar una Mesa de Seguimiento al cumplimiento de derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, lo mismo que apoyar la creación de veedurías ciudadanas en salud para el tema de la IVE y la IVET.

Las mujeres esperan también un servicio de apoyo psicológico más extendido y de gran calidad para ser atendidas en cuanto a la recuperación de su estabilidad emocional, sobre todo para las mujeres que llegan a la IVET por embarazos con malformación fetal, y en todo caso, para apoyarlas en su salida de las situaciones de violencia intrafamiliar u otras, para facilitar su proceso de des-culpabilización, inclusive, para prevenir el suicidio.

Con respecto a la labor de prevención, vigorosos programas en cada municipio para erradicar la violencia contra las mujeres en la vida de pareja, y para prevenir las violencias sexuales, estarían atacando dos de las causas encontradas en esta investigación, para que las mujeres se vean abocadas a la IVET.

Así mismo, las autoridades municipales pueden sacar adelante programas dirigidos a los hombres, para que re-signifiquen el valor de paternar, entiendan que las mujeres son sus iguales, compartan el trabajo

doméstico y las labores del cuidado de hijos e hijas, pero también de personas ancianas, enfermas o discapacitadas de la familia.

Son urgentes los programas estatales de erradicación de la pobreza, especialmente la de las mujeres. La feminización de la pobreza tiene que ver con el deterioro de la salud de las mujeres y es un obstáculo para el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.

Las mujeres requieren con urgencia que los servicios médicos públicos atiendan su salud sexual y reproductiva de forma idónea, de manera integral, con agilidad en los trámites; requieren que exista el número necesario de profesionales de la medicina, especialistas y personal auxiliar, para que no las dejen de atender alegando esta insuficiencia. También, requieren apoyo económico cuando están en una situación precaria, para que puedan trasladarse a los sitios de atención, contando con transporte adecuado, alojamiento y alimentación, además de cuidado de sus hijos-as pequeños-as, mientras le atienden a ella. No es soñar. Es una clara demanda que se desprende de la lectura atenta de las historias de las mujeres, no considerándolas objeto de investigación sino sujetos de derechos.

Para terminar, enfatizaremos que el Estado es también responsable de brindar información masiva a las mujeres sobre sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, procurando, tanto en esta información como en los servicios que presta, conservar su carácter civil, laico y evitar las intromisiones de tipo religioso, sean las que fueren. Como gritan en las calles las feministas: "Saquen sus rosarios de nuestros ovarios".

Subrayamos que el sistema de salud ha de empeñarse en brindar una atención respetuosa a las mujeres que acuden por IVE o IVET, de manera que el proceso íntegro, desde la consulta hasta el seguimiento, sea seguro, reservado y confortable.

### **Motivar la responsabilidad de las instituciones privadas.**

Es conveniente simultáneamente, que el Estado haga pactos con instituciones privadas para instaurar diferentes mecanismos que difundan el conocimiento sobre el derecho a la autonomía de las mujeres, por parte de su población de influencia. Pero, especialmente para garantizar el cumplimiento de estos derechos, erradicando de los ámbitos laborales el acoso sexual y todo tipo de violencias contra las mujeres, así como garantizando el acceso a los servicios de salud de calidad, incluyendo, la salud sexual y reproductiva, a sus trabajadoras o contratadas.



Es también responsabilidad de las empresas y contribución con el desarrollo regional, entender la función social de la maternidad y por ende, apoyar a las mujeres en sus eventos reproductivos, con el cumplimiento de la ley al respecto (licencias de maternidad, tiempo de lactancia y demás), evitando pedir prueba de embarazo para conceder el trabajo solamente a quienes no lo están, impedir la promoción de las trabajadoras que son madres o negarles puestos de dirección o cualquier otro incumplimiento de derechos.

Las empresas con "sello de equidad de género", que lo debían ser todas, construyen Jardines Infantiles en sus sedes, tienen salas de lactancia apropiadas, baños con instalaciones higiénicas y agradables para el cambio de pañales, filas preferenciales para las mujeres embarazadas o con niños-as y muchas otras implementaciones físicas y sociales que dan señales del respeto a la función materna, y que facilitan la vida familiar, especialmente la vida de las mujeres.

Las empresas privadas conscientes del bienestar humano imparten cursos a su personal masculino para erradicar cualquier asomo de violencia, maltrato o discriminación de las mujeres. No se tolera el acoso sexual, la irresponsabilidad paterna o las burlas hacia las embarazadas. Se denuncia la violación sexual y se hace sanción social de la misma.

Por otra parte, las empresas y los particulares que contratan mujeres deben tenerlas aseguradas en salud (cosa que no ocurre por ejemplo con trabajadoras del servicio doméstico, por ejemplo), y conceder los permisos necesarios que la mujer necesita para atender su salud en general, pero también su salud sexual y reproductiva.

Las empresas deben respaldar la maternidad, pero también respetar profundamente a las mujeres que no son ni quieren ser madres.

Entre otras cosas, desde las empresas se pueden desarrollar proyectos sociales de apoyo económico a mujeres de los entornos de las empresas, que no trabajan en ella, pero que pueden ser beneficiadas por su radio de acción social. En especial mujeres en situaciones vulnerables, en condiciones de pobreza, y madres cabeza de familia sin recursos, en especial para mujeres rurales y desplazadas que lo requieran. No bastan las campañas o brigadas de salud, se necesita apoyo para que ellas puedan, desde sus condiciones, generar ingresos. El problema económico es mencionado por muchas de las entrevistadas en esta investigación.

## **Optar por el cambio, de la salud pública hegemónica a la medicina social/salud colectiva.**

La problemática colombiana, requiere un cambio en el sistema de salud, para que responda a las necesidades sentidas de las poblaciones, entre ellas el derecho de las mujeres al aborto legal y seguro. Es necesario arrebatarse al mercado el sistema de salud, hay que cambiar el enfoque basado en la enfermedad por un enfoque que privilegie la salud y conseguir una sociedad más igualitaria, más justa, más democrática, donde los derechos sexuales y los derechos reproductivos sean inherentes a los seres humanos, pero principalmente, una realidad para las mujeres.

La MS/SC es una alternativa importante, pues además de ser una creación latinoamericana, cuestiona los conocimientos y prácticas utilizados para interpretar y explicar la situación actual de salud, y de los servicios de salud, y en este caso en particular, explicar el porqué de la oposición al aborto por parte del personal de salud y de la sociedad en general y cómo afecta esta oposición la prestación de los servicios.

También es importante porque apoya el avance de las condiciones de vida y salud de las poblaciones, promueve y fortalece las expresiones individuales y colectivas progresistas, incluidas las luchas feministas por los derechos sexuales y por los derechos reproductivos, incluido el derecho al aborto legal y seguro, de tal forma que impulsa la salud y apoya la construcción de un estado democrático coherente con estas necesidades y con los derechos de las mujeres; simultáneamente teje redes de cooperación internacional en éste y en todos los campos que afecten la salud de los individuos y las poblaciones (97,218).

El cambio de visión sobre la salud pública como auto gestión y participación democrática implica la participación de todas y todos en la definición de sus caminos. Esto reta a la salud pública a escuchar la voz de todas las mujeres, incluyendo las que han tenido la experiencia de la IVET.

## Referencias Bibliográficas

1. Maturana HR, Verden-Zöllner G. Amor y juego: fundamentos olvidados de lo humano desde el patriarcado a la democracia. Sexta. Santiago de Chile: Comunicaciones Noreste Ltada; 2003. 134 p.
2. Claudia von Werlhof. Madre tierra o muerte. Reflexiones para una teoría crítica del patriarcado. Primera ed. cooperativa el Rebozo, editor. Mexico DF; 2015. 236 p.
3. Spivak GC. ¿Puede hablar lo subalterno?”. Rev Colomb Antropol. 2003;39:297–364.
4. Spivak GC, Giraldo S. ¿Puede hablar el subalterno? Nota introductoria. Rev Colomb Antropol [Internet]. 2003;39:297–364. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/1050/105018181010.pdf>
5. Gómez E. Curso Virtual Género y Salud Análisis de género: bases conceptuales y metodológicas. Organ Panam la Salud. 2011;Módulo 3:24.
6. Mesa por la vida y la salud de las mujeres. La despenalización total del aborto en Colombia. Una causa justa. In 2018. p. 1–48.
7. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355/06: Excepción de pleito pendiente-No origina la nulidad del nuevo proceso cuando no se propone oportunamente, M. P. Jaime Araujo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2006.
8. Naciones Unidas, CEPAL. La ineficiencia de la desigualdad. Santiago de Chile; 2018.
9. Jimenez JP, Cepal. Desigualdad, concentración del ingreso y tributación sobre las altas rentas en América Latina. Vol. 134, Libros de la CEPAL. 2015. 167 p.
10. Bustamante Tejada WA. El delito de acceso carnal homosexual en Colombia entre la homofobia de la medicina psiquiátrica y el orden patriarcal legal. Co-herencia [Internet]. 2008;5(9):113–4. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1794-58872008000200006&lng=e&nrm=iso&tlng=e](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1794-58872008000200006&lng=e&nrm=iso&tlng=e)
11. Adimen Invetigaciones. Análisis de la violencia machista en el consumo convencional capitalista [Internet]. Bilbao: Setem; 77 p.

Available from:  
[http://www.setem.org/setem\\_ftp/euskadi/informe\\_resultados\\_cualitativos.pdf](http://www.setem.org/setem_ftp/euskadi/informe_resultados_cualitativos.pdf)

12. Ruíz Jaramillo CE, Rendón Pérez SM. Reafirmación de la cultura patriarcal y naturalización de la violencia contra la mujer a través de la percepción dualista de la realidad en las mujeres de la Asociación Municipal de Mujeres Unidas por el Progreso de Nechí, Antioquia. [Internet]. [Bogotá]: Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2019. Available from: <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/7781>
13. ONU Mujeres. El progreso de las mujeres en Colombia 2018: transformar la economía para realizar los derechos [Internet]. Bogotá: ONU Mujeres; 2018. 73 p. Available from: <https://colombia.unwomen.org/es/biblioteca/publicaciones/2018/10/progreso-de-las-mujeres-2018>
14. Sánchez OA. La violencia patriarcal contra las mujeres: una mirada retrospectiva. En otras palabras [Internet]. 2001;8:93–103. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/47611/>
15. Jaramillo-Bolívar CD, Canaval-Erazo GE. Violencia de género: un análisis evolutivo del concepto. Univ y Salud. 2020;22(2):178–85.
16. Bourdieu, Pierre; Chamboredon, Jean-claude; Passerón J. El oficio del sociólogo: presupuestos epistemológicos. Buenos Aires: Siglo XXI; 2002. 372 p.
17. Galeano Marín ME. Estrategia de investigación social cualitativa; el giro en la mirada. Medellín: La Carreta Editores; 2004. 239 p.
18. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002. 340 p.
19. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. El Cairo: Naciones Unidas; 1994. 188 p.
20. Center for Reproductive Rights. Center for Reproductive Rights. 1992. 2019. p. 3.
21. Prada E, Singh S, Remez L, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Guttmacher Institute, editor. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. New York: Guttmacher Institute; 2011. 47 p.
22. Zamudio Cárdenas L. El aborto en Colombia: dinámica

- sociodemográfica y tensiones socioculturales. *Rev Derecho del Estado*. 2000;(8):45–55.
23. Guttmacher Institute. *Aborto a nivel mundial: una década de progreso desigual*. New York: Guttmacher Institute; 2009. 78 p.
  24. Organización Mundial de la salud. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra: OMS; 2012. 123 p.
  25. Gómez C, Sánchez M, Rojas ÁM, Heilbut S, Barrera A, Pacheco L. *Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas*. Bogotá; 2014. 263 p.
  26. Vásquez Zamorano CH, García Burbano IC. *Barreras en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo*. [Cali]: Universidad ICESI; 2013.
  27. La Mesa por la vida y la salud de las mujeres. *Un derecho para las mujeres: la Despenalización parcial del aborto en Colombia*. Bogotá; 2009. p. 74.
  28. Graham RH, Mason K, Rankin J, Robson SC. The role of feticide in the context of late termination of pregnancy: a qualitative study of health professionals' and parents' views. *Prenat Diagn*. 2009 Sep;29(9):875–81.
  29. Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Termination of pregnancy for fetal abnormality: a meta-ethnography of women's experiences. *Reprod Health Matters*. 2014 Jan;22(44):191–201.
  30. García-González DE. La desobediencia civil como recurso de la sociedad civil para el alcance de la justicia. *Signos Filos* [Internet]. 2006;8(15):26–64. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/49616412\\_La\\_desobediencia\\_civil\\_como\\_recurso\\_de\\_la\\_sociedad\\_civil\\_para\\_el\\_alcance\\_de\\_la\\_justicia](https://www.researchgate.net/publication/49616412_La_desobediencia_civil_como_recurso_de_la_sociedad_civil_para_el_alcance_de_la_justicia)
  31. Vázquez García F. El problema de la reflexividad en Pierre Bourdieu de la epistemología a la ética. *Opinión Jurídica*. 2006;5(10):87–104.
  32. Ministerio de Salud y Protección Social. *Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. 142 p.
  33. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo*. Ginebra: OMS; 2004. 31 p.

34. Organización Mundial de la Salud. Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud N° 160: 20a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1967. 118 p.
35. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Who. Geneva: WHO; 2008. 56 p.
36. Zúñiga Fajuri A. Aborto y derechos humanos. Rev derecho. 2011 Dec;24(2):163–77.
37. Martínez JL, Burgueño CL. Patriarcado y capitalismo: feminismo, clase y diversidad [Internet]. Madrid: Akal; 2019. 224 p. Available from:  
<https://play.google.com/books/reader?id=UrO8DwAAQBAJ&hl=es&pg=GBS.PT2>
38. Harper CC, Blanchard K, Grossman D, Henderson JT, Darney PD. Reducing maternal mortality due to elective abortion: Potential impact of misoprostol in low-resource settings. Int J Gynecol Obstet. 2007;98(1):66–9.
39. Bartz D, Goldberg A. Medication abortion. Clin Obstet Gynecol. 2009;52(2):140–50.
40. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. Lancet. 2006 Nov;368(9550):1908–19.
41. clacai.org. Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro. Acerca de CLACAI. 2009. p. 1.
42. Londoño ML. Ética de la ilegalidad: visión de género y valores reproductivos. Cali: Prieria; 1994. 244 p.
43. Leichtentritt RD, Leichtentritt J, Shamir MM. Justifications of feticide. Am J Orthopsychiatry. 2016;86(6):704–12.
44. Leichtentritt RD. Silenced voices: Israeli mothers' experience of feticide. Soc Sci Med. 2011 Mar;72(5):747–54.
45. Ferreira da Costa L de L, Hardy E, Duarte Osis MJ, Faúndes A. Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality Incompatible with Life: Women's Experiences in Brazil. Reprod Health Matters. 2005 Jan;13(26):139–46.
46. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar la bioética: teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2003. 559 p.

47. Schutz A. La formulación de nuestro problema: los conceptos metodológicos de Max Weber. In: La construcción significativa del mundo social. Paidós. Barcelona; 1989. p. 33–74.
48. González Vélez AC. La situación del aborto en Colombia: entre la ilegalidad y la realidad. *Cad Saude Publica*. 2005 Apr;21(2):624–8.
49. Ramón Michel A, Cavallo M. El principio de legalidad y las regulaciones del aborto basadas en los médicos. In: El aborto en América Latina Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras. Siglo Vein. Buenos Aires: Altuna Impresores; 2018. p. 31–56.
50. Redacción Judicial. Detalles de la ponencia de la Corte Constitucional sobre el aborto. *El Espectador*. 2018;
51. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-096/18: Derecho fundamental a la IVE-Procedencia cuando embarazo presenta grave malformación del feto incompatible con la vida, M.P. José Fernando Reyes Cuartas. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2018. 267 p.
52. Rodríguez L. Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos. Fondo de Población de Naciones Unidas. p. 20.
53. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. 2015. p. 72.
54. de Sousa Santos B. Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos. *El Otro Derecho*. 2002;28:59–83.
55. CEPAL. La ineficiencia de la desigualdad. Santiago de Chile; 2018.
56. Lamas M. Mujeres, aborto e Iglesia católica. *Rev El Col San Luis*. 2012;II(3):43–67.
57. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*. 2016 Jul;388(10041):258–67.
58. Laza-Vásquez C, Castiblanco-Montañez RA. Percepción del aborto: voces de los médicos en el Hospital de San José (Bogotá). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2017;35(1):71–8.
59. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2002;11(3):192–205.
60. Lamas M. El aborto en la agenda del desarrollo en América Latina.

Perfiles Latinoam. 2008;65–93.

61. Suaza Vargas MC. Soñé Que Soñaba. Cotes Benítez M, editor. Bogotá: JM Limitada; 2008. 160 p.
62. Organización de Naciones Unidas. Informe de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer. Vol. 1. Beijing; 1995.
63. Peñas Defago MA. El aborto en El Salvador: tres décadas de disputas sobre la autonomía reproductiva de las mujeres. *Península*. 2018;13(2):213–34.
64. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Código Penal. Decreto 1030 El Salvador: Abril 30; 1997 p. 118.
65. Center for Reproductive Rights. Center for reproductive rights. Justice for Evelyn. 2019. p. 3.
66. Cerda A. Aborto en Nicaragua: 12 años de lucha por el derecho a decidir. *Confidencial [Internet]*. 2018 Nov 26;1. Available from: <https://confidencial.com.ni/aborto-en-nicaragua-12-anos-de-lucha-por-el-derecho-a-decidir/>
67. El Congreso Nacional. Código Penal de la República Dominicana. República Dominicana: Agosto 20; 1884 p. 82.
68. El Congreso Nacional de Honduras. Código penal de Honduras. Honduras: Agosto 23; 1983 p. 86.
69. Poder legislativo. Código penal de Haití. Haití: Diciembre 31; 1984 p. 133.
70. El Congreso Nacional. Código penal de la República de Chile. Chile: Noviembre 12; 1884 p. 69.
71. Congreso Nacional de Chile. Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Chile: Septiembre 14; 2017 p. 5.
72. Pedrido V, Pedrido V, Pedrido V. Aborto : un tema de salud pública que agita el tablero político. *Obs Latinoam y caribeño*. 2018;2:59–66.
73. Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito. Proyecto de ley interrupción voluntaria del embarazo. Buenos Aires; 2018. p. 27.
74. Honorable Congreso Nacional. Código penal Bolivia. Bolivia: Marzo 25; 1999 p. 128.
75. Tribunal Constitucional Plurinacional. Sentencia constitucional



- plurinacional No 0206/2014. Sentencia constitucional plurinacional 0206/2014 Bolivia: Febrero 05; 2014 p. 49.
76. Lamas M. El largo camino hacia la ILE. Mi versión de los hechos. Segunda. Mexico D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. 346 p.
  77. Camara de Senadores. Interrupción voluntaria del embarazo. Uruguay: Octubre 22; 2012 p. 48.
  78. Mesa-Lago C. Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social. 2005.
  79. Gómez Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Publica Mex. 2011;53(2):220–32.
  80. Merlano-Porras CA, Gorbanev I. Health system in Colombia: A systematic review of literature. Rev Gerenc y Polit Salud. 2013;12(24):74–86.
  81. María D, Benítez E. La trayectoria del aborto seguro en Cuba: evitar mejor que abortar. Noved en Población. 2014;10(20):87–104.
  82. CENEXES. Centro Nacional de Educación Sexual. 2019. p. 2.
  83. Torres Esperón JM, Marinez Trujillo N, Rodríguez Washington N, Diaz Bernal Z, Lozano Lefrám A, Chao Flores M. Actividad lúdica para la construcción del género en la infancia y la adolescencia. Rev enfermeria Col enfermeras Chile. 2013;143.
  84. Jimenez N. Alarmante: van más de 760 feminicidios durante 2018 en todo México. <https://www.infobae.com/america/mexico/2018/12/29/alarmante-van-mas-de-760-feminicidios-durante-2018-en-todo-mexico/>. 2018. p. 7.
  85. Roxana A. Vagones de metro exclusivos para mujeres: una medida discutida pero necesaria. <http://www.uchile.cl/noticias/157588/vagones-exclusivos-para-mujeres-una-medida-discutida-pero-necesaria>. p. 4.
  86. Sara Yaneth FM. La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud the precautionary principle: Perspectives involving human health aspects and environmental risk. Rev Gerenc PolitSalud. 2007;6(12):52–76.
  87. World Health Organization. Summary report on proceeding minutes

- and final acts. In: International Health Conference. New York: WHO; 1946. p. 143.
88. Quintero Soto ML, Carlos FH, Padilla Loredo S, Velásquez Rodríguez EB. La salud y la categoría de género. In: Porrúa MÁ, editor. Género y salud. 1st ed. Mexico D.F.: Miguel Ángel Porrúa; 2012. p. 11–37.
  89. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Informe final de la comisión sobre determinantes sociales de la salud. Ginebra; 2009.
  90. OMS. La salud y los objetivos de desarrollo del milenio. 2005;3–81.
  91. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). New York: Naciones Unidas; 2015. 76 p.
  92. Jaime Breilh Paz y Miño. El género entre fuegos. Inequidad y esperanza. Quito: Arco Iris-Taller de Producción Gráfica; 1996. 323 p.
  93. Liborio MM. ¿Por qué hablar de salud colectiva? Rev Med Rosario. 2013;79(3):136–41.
  94. Bertolozzi MR, De la Torre Ugarte Gunilo MC. Salud colectiva: fundamentos conceptuales. Salud Areandina. 2012;1(1):24–36.
  95. Casallas Murillo AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Rev Ciencias la Salud. 2017;15(3):397–408.
  96. Almeida Filho N, Silva Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuad Médico Soc. 1999;75:5–30.
  97. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Rev Cuba Salud Pública. 2004;30(2).
  98. Bourdieu P. El sentido práctico. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2013. 456 p.
  99. Castro R, Erviti J. Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. 320 p.
  100. Castro R. Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. Salud Colect. 2014;10(3):339–51.
  101. Saletti-Cuesta L, Delgado A, Ortiz-Gómez T. Género y trayectorias

- profesionales de las médicas de familia en Andalucía, España, a comienzos del siglo XXI. *Salud Colect.* 2014;10(3):313.
102. Barrancos D. Género, profesiones de la salud y sociedad. *Salud Colect.* 2014;10(3):297-9.
  103. Silva Paim J. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI [Internet]. Editora da. Salvador Bahia: Universidad Federal da Bahia; 2006. 153 p. Available from: [https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7078/1/Paim J. Desafio da Saude Coletiva.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7078/1/Paim%20J.%20Desafio%20da%20Saude%20Coletiva.pdf)
  104. Harari YN. De animales a dioses. decima pri. Bogotá D.C.: Penguin Ramdon House; 2017. 493 p.
  105. Suaza Vargas MC. Soñé que soñaba: una crónica del movimiento feminista en Colombia de 1975 a 1982. Cotes Benítez M, editor. Bogotá: JM Limitada; 2008. 160 p.
  106. Osorio Castañeda DA. Postura teológicas sobre la ley de despenalización del aborto en Colombia. Universidad de San Buenaventura; 2012.
  107. Proyectos de ley de despenalización del aborto (1975-2006). Bogotá; 2006. p. 9.
  108. El Tiempo. Congreso podría legislar sobre asuntos de aborto. *El Tiempo.* 1991 Apr;3.
  109. Remez L. Confrontando la Realidad del aborto en América Latina. *Perspect Int Planif Fam.* 1995;29-33.
  110. Redacción El Tiempo. No a al legalización del aborto, dice Ernesto Samper. *El Tiempo.* 1994 Aug;4.
  111. Camara de Representantes Colombia. Agenda legislativa julio 20 de 2005 a junio 20 de 2006. Bogotá: Camara de Representantes; 2006. p. 342.
  112. Congreso de Colombia. Ley 599 de 2000 : por la cual se expide el Código Penal. D Of. 2000;CXXXV(44097).
  113. Gomez C. Visibilizar, influenciar y modificar: despenalización del aborto en Colombia. *Nómadas Rev crítica ciencias Soc y jurídicas.* 2006;24:2006.
  114. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. Bogotá: Editorial Temis; 2004. 286 p.
  115. Sentiido. Aborto en Colombia, ¿que ha pasado desde 2006? Mayo 9.

2016. p. 2.

116. Ortiz Delgado GS, Palacio Palacio JI, Arrieta Gómez A. Sentencia T-697/16. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016. 52 p.
117. Superintendencia Nacional de Salud. Circular externa 3 de 2013. Bogotá: Superintendencia Nacional de Salud; 2013. p. 16.
118. Canal RCN. Registraduría no aprobó referendo del aborto. 2018. p. 3.
119. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-627/12: Derecho a la información-veracidad e imparcialidad, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2012. p. 258.
120. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-585/10: Carencia actual de Objeto-Análisis jurisprudencial sobre hecho superado y daño consumado, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2010. 43 p.
121. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-988/07: Lineamientos generales de la sentencia C-355 de 2006 que despenaliza el aborto, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2007. 51 p.
122. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209/08: Aborto-fundamento de la prohibición aborto-prohibición total es inconstitucional, M.P. Clara Inés Vargas Hernández. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2008. 44 p.
123. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-946/08 Interrupción voluntaria del embarazo/causales de despenalización del aborto/objeción de conciencia en casos de aborto/consecuencias jurídicas por la no práctica oportuna del aborto en los eventos despenalizados, M.P. Jaime Córdoba Trivi. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2008. 23 p.
124. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-388/09: Aborto inducido por malformación del feto-aprobación conforme a la sentencia C-355 de 2006, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2009. 100 p.
125. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-009/09 Interrupción voluntaria del embarazo-Reiteración de jurisprudencia de la C-355 de 2006, M.P. Manuel José Cepéda Espinosa. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2009. 19 p.

126. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-636/11: Carencia actual de objeto por hecho superado-reiteración de jurisprudencia. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. Bogotá: Corte Costitucional de Colombia; 2011. p. 8.
127. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-841/11: Derecho fundamental a la intimidad-obligación de reservar identidad de las mujeres que interponen acción de tutela para exigir la IVE/derecho al libre desarrollo de la personalidad-desarrollo de la sexualidad, M.P. Humberto Antonio Si. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2011. 58 p.
128. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-532/14: Carencia actual de Objeto-Fenómeno que puede presentarse a partir de dos eventos que a su vez sugieren consecuencias distintas: hecho superado y daño consumado, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2014. 41 p.
129. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-754/15: Mujeres victimas de violencia sexual-Obligación de entidades de salud en implementación de protocolo y modelo de atención integral, que contenga procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo, objeción de médicos y asesoría de . Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2015. 102 p.
130. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-327/16: Existencia legal de toda persona a partir del momento de su nacimiento M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2016. p. 54.
131. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-301/16: Acción de tutela en materia de interrupción voluntaria del embarazo IVE-procedencia, M.P. Alejandro Linares Cantillo. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2016. 82 p.
132. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-341/17: Demanda de inconstitucionalidad contra norma que tipifica el aborto-Inhibición para decidir de fondo por ineptitud sustantiva de la demanda, M.P. Alberto Rojas Rios. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2017. 47 p.
133. Dejusticia. Corte Constitucional escuchó a las organizaciones y no limitó el aborto. 2018. p. 2.
134. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. D Of. 1993;CXXIX(41148):1-93.

135. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Inter-American Dev Bank, Off Chief Econ No 353. 1997;
136. Tafur LA. 4to Foro El sistema de salud en Colombia. 2011.
137. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo: prevención del aborto inseguro en Colombia protocolo para el sector salud. Bogotá: UNFPA; 2014. 111 p.
138. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Encuesta Nacional de Demografía y Salud Tomo I. Bogotá; 2017.
139. DANE. Defunciones no fetales 2017. [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co). 2018. p. 2.
140. Instituto Nacional de Salud. Mortalidad Materna Colombia 2018. Vol. 1, Informe de Evento. Bogotá; 2018.
141. La mesa por la vida y la salud de las mujeres, Universidad de los Andes. Resumen revisión del plan curricular, los microcurrículos, las estrategias pedagógicas y el desarrollo de competencias en Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en cuatro facultades de Medicina. Bogotá; 2018. p. 1–22.
142. Ministerio de Salud y Protección Social, Medicina AN de. Perfiles y competencias profesionales en salud. Bogotá; 2016. p. 1–337.
143. Aguilar OC. Análisis de la dimensión de pertinencia en la educación médica colombiana. Universidad Nacional de Colombia; 2016.
144. Cruz Cañon LN. Facultades de medicina, reprobadas en Interrupción Voluntaria del Embarazo. *El Espectador*. 2019 Jun;4.
145. Naranjo Garcia M. La ciencia médica y sus improntas patriarcales. Discursos silentes sobre la violencia de género en atención primaria en salud. Universidad de Carabobo; 2018.
146. Vallana Sala VV. Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica. Pontificia Universidad Javeriana; 2016.
147. Jojoa-Tobar E, Cuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Suarez-Bravo JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev la Univ Ind Santander Salud*. 2019;51(2):136–47.
148. Fernández Moreno SY, Hernández Torres GE, Paniagua Suárez RE. Violencia de género en la Universidad de Antioquia. Medellín: ASOPRUDEA; 2013. 400 p.

149. Lemos Mena E, Echeverri Calero N. Comportamiento de la violencia de pareja Colombia, año 2018. *Forensis*. 2019;2018(1):197–228.
150. Lozano Mancera N. Comportamiento de homicidio Colombia, año 2018. *Forensis*. 2019;2018(1):67–102.
151. Jiménez Rodríguez NP. Femicidio/Feminicidio una salida emergente de las mujeres frente a la violencia ejercida en contra de ellas. *Rev Logos, Cencia Tecno Tecnol*. 2011;3(1):127–48.
152. Tejeda Puentes DS. Feminicidio: un problema social y de salud pública. *La Manzana la Discordia*. 2016;9(2):31.
153. Cuervo Echeverri V. Feminicidio, impunidad o seguridad jurídica en la política criminal colombiana. *Verba Iuris*. 2017;37:109–18.
154. Munévar DI. Delito de femicidio. Muerte violenta de mujeres por razones de género. *Rev Estud Socio-Jurídicos*. 2012;14(1):135–75.
155. Zuluaga Muñoz D. Feminicidio y legislación Colombiana. *Pensam Humanistik*. 2009;1(2):56–8.
156. Congreso de la República de Colombia. Ley 1761 Por la cual se crea el tipo penal de feminicidio como delito autónomo y se dictan otras disposiciones. (Rosa Elvira Cely). *D Of*. 2015;CLI(49565):19–20.
157. Toda Colombia. *TodaColombia*. La cara amable de Colombia. 21 febrero 2019. 2019. p. 2.
158. DANE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018-Colombia. 2018. p. 5.
159. Colombia.com. *Colombia.com*. 2019. p. 1.
160. Centro Nacional de Memoria Histórica. Los orígenes, las dinámicas y el crecimiento del conflicto armado. In: "Basta Ya!" 2nd ed. Bogotá: Imprenta Nacional; 2013. p. 110–94.
161. *Semana*. 2020: un líder asesinado por día. *Semana*. 2020 Jan;1.
162. Pardo D. Los asesinatos de líderes sociales que ensonbrecieron la navidad en Colombia. *BBC*. 2019. p. 1.
163. DANE. Población de Colombia es de 48,2 millones de habitantes, según el DANE [Internet]. *www.caracol.com.co*. 2019. p. 2. Available from: <https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2019/190704-Poblacion-de-Colombia-es-de-48-2-millones-habitantes-segun-DANE.aspx>
164. Fonseca Galvis ÁM. Informe de empoderamiento económico de las

- mujeres en Colombia: situación actual y recomendaciones de política [Internet]. Bogotá: Equidad de la Mujer; 2018. 60 p. Available from: <http://www.equidadmujer.gov.co/oag/Documents/informe-empoderamiento-economico-mujeres-colombia-situacion-actual.pdf>
165. Red feminista antimilitarista. Observatorio Femicidios Colombia [Internet]. 28 agosto. 2020. p. 1. Available from: <https://observatoriofemicidioscolombia.org/>
  166. Londoño E. ML. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, los más Humanos de todos los Derechos [Internet]. Cali: Iseder; 1991. 335 p. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/47125/1/9589599508.pdf>
  167. Congreso Mundial de Sexología. Declaración Universal de los Derechos Sexuales. In: XIII Congreso Mundial de Sexología, 1997; València (España) [Internet]. Valencia; 1997. p. 2. Available from: [http://blogs.murciasalud.es/edusalud/files/2012/02/Decl.Univ\\_.Derechos-sexuales-Valencia.pdf](http://blogs.murciasalud.es/edusalud/files/2012/02/Decl.Univ_.Derechos-sexuales-Valencia.pdf)
  168. Organización Mundial de la Salud. Salud sexual. <https://www.who.int/>. p. 1.
  169. Londoño E. ML. Prácticas de Libertad en sexualidad y derechos reproductivos. Cali: Feriva; 1991. 158 p.
  170. Abbanano N. Diccionario de filosofía. 4th ed. Mexico D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2004. 1103 p.
  171. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Atención del aborto. In: Guía de consulta preconcepcional. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; 2011. p. 146–57.
  172. Sfakianaki ACJ. Induce fetal demise. Up to date. 2016. p. 3.
  173. Bruyn M de. La violencia, el embarazo y el aborto: cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública: un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción [Internet]. 2nd ed. Chapel Hill: Ipas; 2003. 78 p. Available from: <https://issuu.com/ipasmexico/docs/la-violencia--el-embarazo-y-el-aborto.-cuestiones->
  174. Blumer H. El interaccionismo simbólico; perspectiva y método. Barcelona: Hora; 1982. 164 p.
  175. Berger PL, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrourtu; 1968.
  176. Schutz A. La construcción de la vivencia significativa en la corriente



- de la conciencia de quien la constituye. In: La construcción significativa del mundo social Introducción a la sociología comprensiva. Barcelona: Paidós básica; p. 127–67.
177. Aguayo W. P. La teoría de la abducción de Peirce: lógica, metodología e instinto. Ideas Valores [Internet]. 2011;60(145):33–53. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/idval/article/view/36688/38639>
  178. Guzmán Martínez G. Epistemología feminista: definición, autoras y principios fundamentales. <https://psicologiaymente.com/social/epistemologia-feminista>. 2019. p. 3.
  179. Harding S. ¿Existe un método feminista? In: Harding S, editor. Feminism and methology. Bloomington: Indiana University; 1987. p. 34.
  180. Gómez A. RD. Gerencia de servicios de salud: conceptos e investigación en salud. Cali: Fundaps; 2012. 40 p.
  181. Ostrovsky A. Epistemologías feministas: pensando en sus aportes a la reflexión crítica de la disciplina. II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. La Plata: Universidad de La Plata; 2009. p. 11.
  182. Harding S. ¿Existe en método feminista? In: Bartra E, editor. Debates en torno a una metodología feminista. 2nd ed. México D.F.: UNAM; 2002. p. 9–34.
  183. Gliner JA. Reviewing qualitative research: proposed criteria for fairness and rigor. Occup Ther Res. 1994;14(2):78–92.
  184. Palacios Vicario B, Sánchez Gómez MC, Gutiérrez García A. Evaluar la calidad en la investigación cualitativa. guías o checklists. Actas del 2º Congr Nac sobre Metodol la Investig en Comun. 2013;3:581–96.
  185. Denzin NK. The research act: a theoretical introduction to sociological methos. New Yersey: Transaction Publishers; 1970. 381 p.
  186. Alzás T, García LMC. La evolución del concepto de triangulación en la investigación social. Rev Pesqui Cual. 2017;5(18):395–418.
  187. Charmaz K. La teoría fundamentada en el siglo XXI. Aplicaciones para promover estudios sobre la justicia social. In: Denzin NK, Lincoln Y, editors. Manual de investigación cualitativa. Madrid: Gedisa; 2012. p. 270–325.

188. Charmaz K. Grounded theory in the 21 5t century: applications for advancing social justice studies. In: Handbook of qualitative research. 2004. p. 507–36.
189. Charmaz K. Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis. Vol. 10, Book. 2006. 208 p.
190. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1581 De 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. D Of. 2012;CXLIX(48587):66.
191. Bourdieu P. El oficio de científico: ciencia de la ciencia y reflexividad: curso Collège de France 2000-2001. Barcelona: Anagrama; 2003. 212 p.
192. Lamas M. El aborto en la agenda del desarrollo en América Latina. Perfiles Latinoam. 2008;(31):65–93.
193. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (Salud Colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública. 2013;31(supl 1):1–44.
194. Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud Colect. 2005;1(1):9–32.
195. Ugalde A, Homedes N. América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. Salud Colect. 2007;3(1):33–48.
196. Nunes ED. Por una epistemología de la salud colectiva: los conceptos sociológicos. Salud Colect. 2010;6(1):11–9.
197. Öcalan A. Orígenes de la civilización. La era de los dioses enmascarados y los reyes encubiertos. 3 Ed. Padilla A, Pierantoni A, Denis R, Arteaga M, editors. Caracas: Gráficas Lauki C.A.; 2017. 318 p.
198. Londoño ML. El problema es la norma. Enfoques liberadores sobre sexualidad y humanismo. Cali: Ediciones prensa colombiana; 1989.
199. Bermudez ME. La vida familiar del mexicano. Mexico D.F.: Antigua Librería Robredo; 1995.
200. Lyotard J-F. Los derechos de los otros. In: De los derechos humanos. Primera. Valladolid: Simancas Editores S.A.; 1998. p. 137–46.
201. Segato RL. La guerra contra las mujeres. 1st ed. Traficantes de sueños, editor. Traficantes de Sueños. Madrid: Cofás SA; 2016. 188 p.

202. Calvo Shadid A. Sobre el tabú, el tabú lingüístico y su estado de la cuestión. *Rev Káñina*. 2011;XXXV(2):121-45.
203. Illich I. *Obras reunidas Vol. II. Primera*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2008. 624 p.
204. MacKinnon CA. Crímenes de guerra, crímenes de paz. In: Shute S, Hurley S, editors. *De los derechos humanos*. Valladolid: Simancas Editores S.A.; 1998. p. 87-116.
205. Pizarro Leongómez E. Guerrilleros o terroristas. *El Tiempo*. 2002 Nov;
206. Goffman E. *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Prentice-Hall; 2006. 172 p.
207. Rodríguez L. Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos. Fondo de Población de Naciones Unidas. p. 20.
208. Rorty R. Derechos humanos racionalidad y sentimentalismo. In: Shute S, Hurley S, editors. *De los derechos humanos. Primera*. Valladolid: Simancas Editores S.A.; 1998. p. 117-36.
209. Fundación Sí Mujer. *Embarazo por violación. La crisis múltiple*. Cali: Iseder; 2004. 177 p.
210. Mendoza Martelo GE, Ortiz Delgado GS, Palacio Palacio JI. Sentencia T-731/16. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016. 45 p.
211. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-591/95: aborto inducido por malformación del feto M.P. Humberto Antonio Sierra Porto. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia; 2009. 12 p.
212. Córdoba Triviño J, Escobar Gil R, Monroy Marco MG. Sentencia T-171/07. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2007. 17 p.
213. Nardone G. *El arte de mentirse a sí mismo y de mentir a los demás*. 1 ed. Herder Editorial S.L., editor. Barcelona: Reinbook; 2016. 114 p.
214. Mizrahi L. *Las mujeres y la culpa. cuarta. Las mujeres y la salud*. Buenos Aires: Grupo editor Latinoamericano S.R.L.; 2003. 182 p.
215. Gold J, Hurley L, Wachsmann H, Wilkins R. *¿Cómo hablar sobre el aborto?: guía para el desarrollo de mensajes basados en los derechos*. London: IPPF; 2015. 32 p.
216. Colectivo de la librería de mujeres de Milá. *Introducción*. In: *No creas*

tener derechos. Madrid: hora y Horas; 1991. p. 280.

217. Lagarde M. Pacto entre mujeres sororidad. Aportes para el Debate. 2006;(25):123-35.
218. Paim JS, De Almeida Filho N. Saúde coletiva: Uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Rev Saude Publica. 1998;32(4):299-316.
219. Islas De González Mariscal O. Evolución del aborto en México. Boletín Mex derecho Comp [Internet]. 2008;41(123):1313-41. Available from:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0041-86332008000300006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332008000300006)
220. Lagarde y de los Ríos M. Enemistad y sororidad entre mujeres: Hacia una nueva cultura feminista. In: El feminismo en mi vida hitos, claves y topías. Mexico: Instituto de las Mujeres del Distrito Federal; 2012. p. 461-91.
221. Wahl J. Études kierkegaardienes [Internet]. Paris: Editions Montaigne; 1900. 744 p. Available from:  
<https://archive.org/details/tudeskierkegaa00wahl/page/730/mode/2up>

## Anexos

### Anexo 1. Consentimiento informado

Consentimiento informado para las mujeres  
*Los significados de la experiencia de la interrupción voluntaria del  
embarazo luego de las 21 semanas de gestación en mujeres  
colombianas, 2016-2019*

La investigación será llevada a cabo por Joaquín Guillermo Gómez Dávila, como parte de los estudios que el investigador adelanta para ser Doctor en Salud Pública en la Facultad Nacional de Salud Pública en la Universidad de Antioquia-Medellín-Colombia.

Los datos de contacto del señor Gómez son: dirección calle 70 # 52-72 en la ciudad de Medellín, teléfono 219 54 00, y correo electrónico: [joaquin.gomez@udea.edu.co](mailto:joaquin.gomez@udea.edu.co)

El director de la investigación es el doctor Carlos Enrique Yepes Delgado, Médico, Doctor en Epidemiología, profesor de la Universidad de Antioquia, su número telefónico es 219 6040 y su correo electrónico es: [caenyede@gmail.com](mailto:caenyede@gmail.com)

La investigación se llevará a cabo con mujeres de todo el país y está respaldada por la Universidad de Antioquia y financiada por Nacer, salud sexual y reproductiva de la misma Universidad y por el investigador.

Yo, \_\_\_\_\_,  
declaro que el señor Joaquín Guillermo Gómez Dávila, me invitó a participar en esta investigación, y para tomar la decisión recibí la siguiente información con relación al proyecto, así como mi papel en el mismo:

El propósito de esta investigación es hacer visible los significados que para las mujeres tienen de la interrupción voluntaria del embarazo, como fue definida por la corte constitucional de Colombia según sentencia C355 de 2006, luego de las 21 semanas de gestación, ayudar en la comprensión por parte de las propias mujeres, el personal de la salud y la sociedad en general de esta situación y de esta manera propiciar el cambio de actitud hacia las mujeres que solicitan una interrupción voluntaria del embarazo luego de las 21 semanas de embarazo.

El aborto es un problema de salud en Colombia y las mujeres que tratan de acceder legalmente a la interrupción del embarazo tienen dificultad para hacerlo, por lo tanto, son importantes todas las investigaciones que

se hagan al respecto, pues nos darán información que nos guiarán para tomar las mejores decisiones y evitar señalamientos, trámites legales y administrativos innecesarios y maltratos a las mujeres.

Usted fue invitada a participar dado que ya vivió una experiencia de interrupción voluntaria del embarazo y tiene unos pensamientos e ideas al respecto que son muy importantes para comprender los significados que las mujeres le dan a la interrupción voluntaria del embarazo.

La importancia de este proyecto está dada porque en el mundo y en el país casi no existen investigaciones que aborden el tema de la interrupción voluntaria del embarazo luego de las 21 semanas de gestación, la muerte del feto y su posterior parto. El total de mujeres que participaran en la investigación es alrededor de 25 a 30. La duración del proyecto será de noviembre de 2017 a julio de 2019.

En esta entrevista contaré lo relacionado con mi experiencia de la muerte fetal y el parto, para lo cual hablaré sobre mi historia de vida y sobre las cosas que pensaba antes, durante y las que pienso después de esta experiencia.

Participaré en entrevistas personales, hechas por el investigador, en forma de conversación, por lo cual responderé a las preguntas que el investigador me realice. Al iniciar la entrevista, decidiré si quiero que el investigador grabe lo que yo le contaré. Si decido que no se grabe la sesión, el investigador podrá tomar notas en su diario de campo para poder recordar todo lo que yo le contaré. También tendré como alternativa otros medios como dibujar o escribir para contar mi historia.

Para contar mi experiencia necesitaré participar en una entrevista, de aproximadamente una a dos horas de duración. El encuentro será en un lugar cómodo, que me genere seguridad y confianza. Acordaremos previamente el sitio, la fecha y la hora de las entrevistas. Yo como participante aprobaré el sitio para la reunión. Es posible que pueda ser llamada nuevamente para ampliar mis respuestas o para que me pregunten cosas nuevas relacionadas con el tema de investigación.

A pesar de que se requiere que mis conversaciones sean amplias y profundas, el investigador tendrá especial cuidado en no forzar, ni violentar mi conversación. Si emocionalmente me llegara a sentir incapaz de continuar, tendré la libertad de parar la conversación y dejarla para después, hasta que me sienta mejor y esté dispuesta a continuarla o incluso podré retirarme de la entrevista cuando lo desee. También tendré derecho a conocer los resultados del estudio, los cuales me serán enviados por el medio que yo decida y que me garantice total seguridad de que la información no será obtenida por personas diferentes a mí, bien

sea correo electrónico, dirección postal u otro. Los gastos de envío serán asumidos por la investigación. El investigador garantizará que la información enviada sea anónima. Podré hablar con el investigador para darle mi opinión con respecto a los resultados.

Toda la información recolectada acerca de mi experiencia de la interrupción voluntaria del embarazo (la grabación, la transcripción de la entrevista, el consentimiento informado), es confidencial, y el investigador garantiza que mi verdadero nombre no será divulgado bajo ningún motivo. El investigador no permitirá la individualización de la información de ninguna de las participantes en el proyecto, tanto en los resultados como en la manipulación de la información, él cuidará de las especificidades, particularidades e individualidades para evitar cualquier tipo de visibilización de las mujeres participantes. El investigador identificará mi entrevista con un número o con un nombre ficticio, el cual yo podré elegir. De igual manera, omitirá o cambiará los nombres, lugares y fechas que yo mencione en mi entrevista, que puedan revelar mi identidad y además garantizará el almacenamiento seguro y confidencial de las grabaciones, entrevista transcrita, consentimiento informado, notas de campo o dibujos que puedan revelar mi identidad. El investigador se compromete a conservar estos materiales por un período de diez años, como lo estipula ley. La información será guardada en un computador de la Universidad de Antioquia y en una carpeta especial, a donde sólo tendrá acceso el investigador.

Para realizar la entrevista contaré con el acompañamiento del investigador, quien me apoyará y me guiará en el caso de que durante la entrevista no me sienta bien por sentir temor, miedo, frustración, rabia, remordimiento, dado que estoy recordando y hablando sobre hechos muy importantes en mi vida. En caso necesario tendré acceso a consulta con psicólogo-a, quien previo a la consulta, firmará un documento donde se compromete a no revelar la información que yo le narré (ver anexo 4). De igual forma, el investigador me orientará y garantizará el contacto con instituciones que me puedan apoyar en caso de que se necesite algún otro tipo de asistencia (social, médica, alimentaria, entre otros).

Mi participación en este estudio es totalmente voluntaria, y no me genera ninguna obligación de mi parte con el investigador, ni con los programas o instituciones que él pueda representar. Mi participación termina con mi entrevista o cuando yo a bien disponga. Sé que el investigador me podrá llamar nuevamente para complementar información.

Tengo el derecho a decidir retirarme del estudio y revocar el consentimiento informado en cualquier momento, sin dar ningún tipo de

explicación. Pero me comprometo a informar oportunamente al investigador en el caso de tomar esta decisión.

El investigador garantizará que, al momento de entrevistarme, esta investigación cuente con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad donde conste que la investigación no propende por ningún daño y cuenta con los requisitos necesarios para poder ser llevada a cabo. También el investigador garantizará que se me brinden los medios necesarios para verificar esta información en el momento que yo lo requiera.

El investigador tendrá presente un tiempo prudente entre la vivencia de la interrupción voluntaria del embarazo y la entrevista, con el fin de que yo me sienta preparada física y emocionalmente para atender la entrevista. En todo caso, si no me sintiere bien en el momento de la entrevista, tendré derecho a no iniciar o parar la entrevista en cualquier momento.

Lo contado en la o las entrevistas que indaga sobre mis vivencias es de mi exclusiva responsabilidad y reflejan mis experiencias antes, durante y después de la interrupción voluntaria del embarazo.

Por mi participación en este estudio no obtendré ningún beneficio de tipo material, ni adquiero ninguna relación contractual. Sin embargo, para facilitar mi participación, el investigador se compromete a asumir los costos del transporte que yo pueda requerir para desplazarme al lugar del encuentro, para lo cual seré preguntada sobre el valor de dichos transportes, así como del refrigerio y los costos en que se incurra durante el encuentro.

Los resultados de esta investigación se socializarán en privado con cada una de las participantes, así como con instituciones de toda índole, tanto a nivel nacional como internacional interesadas en el tema, con el propósito de identificar hallazgos que puedan aportar a la formulación de acciones tendientes a modificar leyes, protocolos de atención, mejorar el acceso a los servicios, mejorar los procesos de atención antes, durante y después de la IVE.

El investigador se compromete a divulgar y reflexionar los resultados obtenidos especialmente entre la comunidad académica (mediante publicaciones científicas o institucionales y eventos académicos). También los dará a conocer entre las instituciones del Estado, organizaciones no gubernamentales y organizaciones internacionales involucradas en la atención a las mujeres, entre otras instancias.



Por último, doy fe, de que, para obtener el presente Consentimiento Informado, se me explicó en lenguaje claro y sencillo lo relacionado con este estudio. Manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance del estudio, así como mis derechos y responsabilidades al participar en él. Personalmente y sin presión alguna, se me ha permitido aclarar todas mis dudas e inquietudes con respecto a mi participación. Además, recibí copia de este documento.

Adicionalmente es importante mencionar que tiene derecho a tener dos testigos para la firma de este consentimiento, sin embargo, debido a lo reservado de la información que me brindará, puede tomar la decisión de no tener los testigos y firmar sola el consentimiento.

Para resolver dudas relacionadas con los aspectos éticos de esta investigación, te puede comunicar con:

Margarita María Montoya Montoya, presidente del Comité de Ética de la Investigación - Oficina 237, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Teléfono: 2196878 - 2196830 Correo: [eticasaludpublica@udea.edu.co](mailto:eticasaludpublica@udea.edu.co)

Aceptación de la participación:

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio, que dicha decisión la tomé en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre.

Firmo para dar constancia de lo expuesto: (En el caso de no poder firmar, se registrará la huella digital)

Participante:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía N°: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

## **Anexo 2.** Guion de entrevista semiestructurada

Yo soy Joaquín Gómez, soy médico ginecólogo, profesor de la facultad de medicina de la U de A y actualmente estoy estudiando un doctorado en salud pública en la misma universidad. En nombre de la U de A y el mío propio quiero agradecerle por recibirme y compartir conmigo estos instantes. Le explicare cuál puede ser su participación en esta entrevista y en la investigación que estoy llevando a cabo.

Estoy haciendo un trabajo de investigación que intenta comprender los significados que las mujeres tienen sobre la terminación de la gestación luego del quinto mes de embarazo, con el propósito de aportar elementos que le ayuden al sistema de salud y a otras mujeres a tener un proceso más seguro, reservado y confortable. Yo soy una persona completamente neutral, independiente, no tengo compromisos con ninguna empresa que pueda afectar los resultados de esta investigación y no haré ningún tipo de juicios.

Como usted posiblemente sabe, debido a que usted vivió esta experiencia, la interrupción voluntaria del embarazo fue despenalizada por la corte constitucional de Colombia en el año 2006 en tres situaciones específicas: en caso de violación o inseminación no consentida, en caso de malformación fetal incompatible con la vida y cuando hay algún riesgo para la salud física o mental de la madre. La corte constitucional no estableció una edad específica para la terminación del embarazo y en este caso la interrupción se puede hacer hasta el final de la gestación.

Para la terminación del embarazo luego de las 21 semanas es necesario producir la muerte del feto dentro del útero, para luego desencadenar el proceso de parto de un feto muerto, este procedimiento se llama reducción fetal y fue el procedimiento que usted vivió anteriormente.

Su participación en esta investigación es muy importante, sin embargo, le quiero recordar que es voluntaria y que usted puede retirarse en el momento que lo desee. Igualmente puede interrumpir la entrevista cuando usted lo desee. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, todas las respuestas son válidas y simplemente le pido contestar con toda honestidad. La información que usted me proporcione será manejada de manera confidencial por el equipo de investigación y su nombre no aparecerá en ningún registro o informe de esta investigación.

Con el propósito de poder aprovechar toda la información que usted nos proporcione, le solicito autorización para grabar la entrevista y le recuerdo que usted puede interrumpir la grabación cuando lo desee, pues a pesar

de que usted está aprobando la grabación, usted puede retirar su aprobación. Igualmente quiero decirle que durante la entrevista yo tomaré algunas notas referentes a la misma entrevista.

Es importante mencionar que mi función es hacerle preguntas sobre el tema en mención. Su función es compartir sus pensamientos, recuerde que frecuentemente pensamos algo, pero nos guardamos nuestros pensamientos y decimos otras cosas que no reflejan lo que pensamos, por lo tanto, en esta entrevista se trata de sacar con toda honestidad y confianza lo que realmente pensamos.

Es importante mencionar que en el futuro sería posible que la volviera a contactar para de pronto aclarar algún aspecto de la entrevista del día de hoy.

¿Tiene alguna inquietud o pregunta que le pueda responder?

Si está de acuerdo, ahora firmaremos su autorización para hacer la entrevista y para la grabación de ésta (consentimiento informado).

#### 1. Guion de la entrevista

##### Introducción

- a. ¿Cómo ha sido la vida familiar?
- b. ¿Qué es lo más importante o valioso en la vida?

Significados de la IVE antes de presentarse la situación en concreto.

- a. ¿Qué significaba la IVE antes de que le sucediera?
- b. ¿Qué idea tenía de la IVE?
- c. ¿Alguna vez pensó que tuviera que enfrentar una situación de IVE?

Indagar por las circunstancias que llevaron a la decisión de solicitar la IVE

- a. Cuénteme ¿Qué ocurrió para que llegara a tomar la decisión de una IVE?
- b. ¿Cómo se sintió con toda esta situación?
- c. ¿Qué fue lo más importante que la llevó a tomar la decisión?

Indagar por los motivos que llevaron a que la IVE fuera tardía

- a. Cuénteme ¿Cómo fue la experiencia de tomar la decisión de la IVE?
- b. ¿Qué cosas influyeron positiva y negativamente para que le pudieran realizar el procedimiento?

- c. Cuénteme ¿Por qué la decisión fue a esa semana de gestación?

Indagar por la experiencia de la inducción de la asistolia cardíaca fetal y la inducción del parto

- a. ¿Cómo se sintió durante la inducción de la asistolia cardíaca fetal?
- b. ¿En qué pensó en esos momentos?
- c. ¿Cómo fue el proceso del parto?
- d. ¿Qué sintió cuando nació el feto?
- e. ¿En qué pensó en ese momento?, ¿Qué hizo?
- f. ¿Cómo se sintió con el personal de salud?
- g. ¿Cómo describirías el trato que recibiste?

Pausa: permitir que la entrevistada exprese cómo se está sintiendo, qué cosas le son difíciles, reconocer que hablar de estos asuntos personales no es fácil, explorar qué es lo que le dificulta hablar del tema.

- a. ¿Hagamos una pausa y hablemos de cómo se está sintiendo en esta conversación?
- b. ¿Alguna vez ha hablado con alguien más sobre este tema? Como fueron esas conversaciones
- c. Luego del procedimiento ¿Volvió a hablar del tema con alguien?
- d. ¿Cómo se sintió al hablar de este tema con sus amigas y con su familia?
- e. ¿Qué ha sido lo más difícil de lo que hemos hablado hasta ahora?
- f. ¿Qué cosas le harían sentir más tranquila para hablar de la IVET?

Indagar por los significados de la IVE luego de su realización

- a. Ahora, luego de lo ocurrido ¿Qué piensa sobre todo el proceso de la IVET?
- b. ¿Qué le recomendarías a una amiga en una situación similar a la suya?
- c. ¿Cómo sería si volviera a enfrentar una situación parecida?

Indagar por la red de apoyo cercana que intervino en el proceso que llevo a la IVE

- a. ¿Quién o quiénes la apoyaron o se opusieron en este proceso?
- b. Cuénteme ¿Cómo fue toda esta situación?
- c. ¿Cuál fue la persona más importante durante todo este proceso?

Indagar por el apoyo institucional para la realización de la IVE

- a. ¿Cómo le fue con el sistema de salud?,
- b. ¿Quiénes la apoyaron?
- c. ¿Cómo la atendieron?
- d. ¿Quiénes le dificultaron el proceso?

Indagar por sentimientos de culpa, de arrepentimiento, de fortaleza y esperanza

- a. ¿Cómo ha sido su vida luego del procedimiento?
- b. ¿Cómo ha vivido su sexualidad después del procedimiento?
- c. ¿Qué cosas cambiaron en su casa o en su trabajo después del procedimiento?

Conclusión

- a. Hemos hablado mucho hoy sobre este tema, dígame ¿Qué ha sido lo más importante para usted?
- b. Si pudiera cambiar algo en todo lo vivido, ¿Qué cambiaría?
- c. ¿Qué recomendaciones hace sobre la IVET?
- d. Cuénteme si hay algo más que quiera manifestar

Muchas gracias por su tiempo, sus pensamientos y su franqueza, quiero asegurarle nuevamente de que todo lo discutido hoy aquí es confidencial. Además, si en algún otro momento desea hablar o considera que requiere ayuda profesional no dude en comunicarse conmigo. Igualmente, si en el futuro requiero alguna información adicional ¿La podría contactar nuevamente?

### **Anexo 3.** Guion de entrevista semiestructurada ajustada

#### Introducción

- a. ¿Cómo se ha sentido luego de la primera entrevista?

Tener que enfrentar tardíamente un embarazo no deseado o con feto malformado genera un gran sufrimiento y requiere de certezas para actuar en consecuencia.

- a. ¿Cómo sufrió el proceso de la IVET? ¿para usted qué es sufrir?
- b. ¿Cuándo tomó la decisión de la IVET de qué se aferró para tomarla, cuénteme cómo fue esto (y si es por malformación fetal)?
- c. ¿Qué piensa ahora del aborto temprano y del aborto tardío?

Negación sistemática de derechos sexuales y de derechos reproductivos que estigmatiza a la mujer

- d. ¿Hoy luego de su experiencia con la IVET, cómo ha cambiado su concepto del derecho de las mujeres a la IVE? (negación de los derechos sexuales y reproductivos)
- e. Las mujeres que he entrevistado han mencionado que han quedado marcadas luego de la IVET, ¿Dígame como ha sido su experiencia al respecto?
- f. Cuénteme ¿Cómo es eso de estar marcada?

Sentirse acorraladas en medio de la culpa las lleva a una búsqueda desesperada de ayuda y a mentir logrando encontrar respaldo en algún personal de la salud que acompaña más no juzga, logrando sostenerse en la decisión en un entorno adverso

- g. Según comentó en la primera entrevista ¿Cómo es eso de sentirse acorralada y tener que tomar la decisión de la IVET?
- h. ¿Cuénteme, en su caso cómo ha sido eso de la culpa en el proceso de la IVET?
- i. En su caso ¿La mentira jugó algún papel en el proceso de la IVET? ¿Cómo fue esto?
- j. ¿En su caso que representa esa o esas personas que le ayudaron en el proceso de la IVET?
- k. ¿Cómo logró mantener la decisión de la IVET en un medio tan adverso y que la llevaba a que desistieras de la IVET?

Justificar íntimamente la decisión de la IVET, en un entorno de soledad, al enfrentar un asunto tabú que la confronta (consigo misma y con los demás) y que la lleva a transformar su vida.

- l. ¿Cómo es eso de tener que tomar la decisión de la IVET usted sola? ¿Cómo llegó a esa decisión?
- m. ¿Cómo la confrontó el proceso de la IVET? ¿Cómo fue esa confrontación? ¿Cómo cambió su vida?
- n. ¿Cómo la confrontó con los que la rodeaban, el proceso de la IVET? ¿Cómo fue esa confrontación? ¿Cómo cambió su vida?
- o. ¿Cómo cree que la IVET llegue a ser un tema tabú?

A pesar de desear cambiar lo que pasó, haber aprendido de la experiencia al tener claro: no repetirla (embarazarse e IVET), no juzgar, empoderarse frente a los derechos de la mujer y haber resignificado su vida.

- p. ¿Cómo fue ese proceso para llegar a no desear tener un nuevo hijo?
- q. ¿Cómo es eso de preocuparse por la disposición del feto muerto, sabiendo que no lo deseaba tener?
- r. ¿Cuál ha sido su aprendizaje de la experiencia de la IVET? (no repetir, no juzgar, derechos, resignificar la vida)

**Anexo 4.** Preguntas relacionadas con variables de persona tiempo y lugar.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Preguntas</b>	<b>Respuesta</b>
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde creció?	
¿Es creyente?	
¿Cuál es su religión?	
¿Cuál es su estado civil?	
¿Hasta qué año estudió?	
¿Cuál es su ocupación, qué hace?	
¿Cuál es su seguridad social?	
¿Nombre de la EPS?	
¿Tiene hijos?	
¿Cuántos hijos tiene?	
¿Dónde vive?	
¿Con quién vive?	
¿Tiene pareja?	
¿Cuál es el estrato socioeconómico de su vivienda?	
¿Hace cuánto le hicieron la IVET?	
¿Cuánto tiempo tenía de embarazo?	
¿Cuál fue la causal para la IVET?	
¿Tu compañero o compañera la apoyó durante este proceso?	



<b>Preguntas</b>	<b>Respuesta</b>
¿Dónde le hicieron el procedimiento?	
¿Desde qué decidió realizarse la IVET, cuánto tiempo transcurrió hasta que se la hicieron?	
¿Le tocó poner una tutela?	
¿Quién o quiénes de su familia o amigos la apoyaron en su decisión?	
¿Quiénes de su familia o amigos se opusieron o dificultaron su decisión?	
¿De qué instituciones recibió ayuda, tanto antes durante y después del procedimiento? (sistema de salud, secretaria de salud, de las mujeres, defensoría del pueblo, sistema judicial, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), etcétera.)	

**Anexo 5.** Categorías descriptivas con sus propiedades y dimensiones.

<b>Propiedades</b>	<b>Dimensiones</b>
Categoría descriptiva 1. Acción legal	
La acción legal una opción presente durante el proceso de acceso a la IVET, pero poco utilizado	Recomendarle tutela
	Recomendarle órganos control
	No acudir a entes de control
	No poder demandar
	Aparente investigación contra grupos de coerción
Categoría descriptiva 2. Actuar	
La decisión de la IVET es una decisión de la mujer en soledad, pues es un tema tabú, el entorno cercano usualmente no participa	Sentir, decidir y actuar en soledad
	No hablar de la IVET
	Solo hablar de la IVET con el compañero
	No hablar de la IVET con nadie
	El compañero no tener derecho a opinar
	Hablar de la IVET con la familia
	Familia cristiana en contra del aborto
	No tener persona de confianza para hablar
	Hablar superficialmente de la IVET
	Dudas que su compañero aceptara el embarazo
	Hablar de la IVET con el psicólogo
Recibir apoyo de una amiga	
	Querer saber si el bebé era normal

<b>Propiedades</b>	<b>Dimensiones</b>
La necesidad de tener certezas con respecto a la gestación para tomar decisiones informadas y asumir sus consecuencias	Múltiples exámenes y varios médicos
	Asumir el bebé con malformaciones
Categoría descriptiva 3. Afectación	
Las personas que interactúan consciente o inconscientemente en la IVET aumentan los sentimientos de culpa de la mujer, pero a veces son la disculpa para continuar en el proceso	Interesarle lo que pensara su hijo
	Suicidarse y hacerle daño a su hijo
	Desilusionar a su hijo
	Pensar que su hijo hubiera podido comprender
	Ser acosada por el compañero
	Sentirse cobarde al ver personas con hijos
	Algunas personas entienden decisión de la IVET
	Querer ser ejemplo para sus hijos
	Ser juzgada por su madre
	Vivir el embarazo con angustia y preocupación
	Compartir con otras mujeres que iban para IVET
	Sentirse culpable por la IVET
	Sentirse como criminal
	No estar tranquila hasta el día de hoy
	Responde a su hija: su hermano ya no vendría
Temer que su familia se enterara del embarazo	
	Saber qué hacía algo malo

Propiedades	Dimensiones
Sentirse cual asesina por la IVET es muy frecuente, sin embargo, las mujeres se sobreponen y tratan de salir adelante	Sentimientos encontrados y actuar cobardemente
	Ser consciente de estar acabando con una vida
	Por la IVET valorar más a su hijo
	Llorar y no ser capaz de mirar al feto
	Ser la peor persona del mundo
	Convertirse en asesino de alguien
	Sentir paz y la bendición de Dios
	Vivir la IVET para resignificar la vida
	Ir superando el tema de la IVET
Ser inexplicable lo que se siente por dentro	
El dolor del trabajo de parto y parto y el compartir el proceso con mujeres que van a tener un parto normal revictimiza a las mujeres	Estar con mujeres que iban para parto normal
	El trabajo de parto y parto son muy dolorosos
	Ver sufrir a sus compañeras
	Tenaz estar con estudiantes en el parto
	Parir sola en la cama
La entrevista tiene un efecto liberador, pues permite hablar de lo que nunca se habla, la IVET	Asistir a la entrevista es vivir la IVET de nuevo
	Hasta la entrevista no haber hablado con nadie de la IVET
	Sentirse muy bien con la entrevista
	Con la entrevista se pudo desahogar
	No querer asistir a la entrevista para no recordar

<b>Propiedades</b>	<b>Dimensiones</b>
La lactancia materna pos-IVET: problema eludido por el personal de salud	Expulsar leche y pensar que su hijo pedía comida
	Se le inflamaron los senos
	No le enviaron medicamento para inhibir la lactancia
	Aplicarse medidas caseras para inhibir la lactancia
	La lactancia le recordar al feto muerto
Categoría descriptiva 4. Ayuda	
La búsqueda desesperada de ayuda te expone a cualquier cosa: recibir ayuda y hasta ser juzgada	Grupos religiosos que inducen a evitar la IVET
	Búsqueda de ayuda por la web
	Recibir ayuda de parte del personal de la salud
	Sitios web que prometen ayudar con la IVET pero realmente se oponen a ella
	Recibir ayuda y comprensión de familiares
	Familiares y personas se oponen a la IVET
	Recibir maltratos y desinformación del personal de la salud
	Recibir ayuda o maltratos de parte del personal administrativo de las EPS
Las mujeres tras su experiencia claman por la difusión del derecho y por el acompañamiento	Aconsejar a la hija sobre derechos sexuales y derechos reproductivos
	Recomendar hacer la IVE lo antes posible
	Creer que hay miles de mujeres que no saben de sus derechos

<b>Propiedades</b>	<b>Dimensiones</b>
para la IVE y así evitar llegar a la IVET	Aconsejar a mujeres que requieran ayuda para la IVE
	Querer dar a conocer lo que se vivió en la IVET
	Es necesario difundir los derechos
Categoría descriptiva 5. Barreras	
La IVET un procedimiento que casi nadie quiere hacer por prejuicios morales	No haber médicos que hagan la IVET
	En muchas ciudades no hacen la IVET
	Casi no hay médicos que hagan la IACF
	Solicitar el servicio de la IVET en varias ciudades
	Tener que salir de su ciudad para hacer la IVET
	Tener que insistir para que les realicen la IVET
Categoría descriptiva 6. Cambios	
Volver a nacer y resignificar la vida pasada como consecuencia de la IVET	Volver a nacer luego de tanto dolor
	No tenía excusa para tener un embarazo
	Luego de la IVET tener nuevas oportunidades, la vida cambió positivamente
	Luego de la IVET ser mejor madre con sus hijos
	Luego de la IVET perdonar a sus padres
	Luego de la IVET pensar antes de actuar
	Luego de la IVET reflexionar y ser mejor persona
Todo se desearía cambiar (cuidarse del embarazo, la IVET) a pesar de que nada se	Ser más responsable al tener una relación sexual
	Desear devolver el tiempo y cambiarlo todo

<b>Propiedades</b>	<b>Dimensiones</b>
pueda cambiar en el proceso de la IVET	Desear cambiar la actitud de las personas
	Desear que la IVE hubiera sido más temprano
Categoría descriptiva 7. Costos adicionales	
Cobrar por la disposición del feto, otra forma de discriminación del sistema de salud	Pagar por cremación del feto
	No tener que pagar por la disposición del feto
	El sistema de salud le cubrió todos los gastos
Categoría descriptiva 8. Cuestionar	
Las mujeres cuestionan al personal de la salud por sus posiciones frecuentemente restrictivas e intransigentes frente a la IVET y a los derechos de las mujeres	Pedir explicaciones al médico
	Cuestionar por qué el feto era pequeño
	Decirle al médico que estaba para cumplir con su trabajo
	Que el médico no dijera lo que ella tenía que hacer
	Hacer valer su derecho a la IVET por malformación fetal
Categoría descriptiva 9. Culpabilidad	
Compartir la culpa con algunas personas aminora su peso	Ser culpable por no recurrir a la IVE más temprano
	Ser culpada por el compañero por la IVET
	Ayudar a las demás personas reconforta
	No sentirse culpable por la IVET
	Pedir perdón a Dios por la IVET
Categoría descriptiva 10. Decisión	

<b>Propiedades</b>	<b>Dimensiones</b>
La decisión de la IVET, una decisión autónoma que se encomienda a Dios y que requiere de múltiples justificaciones por ir en contra de lo establecido socialmente	El ser madre te capacita para decidir
	Decidir es una cuestión de autonomía
	Justificar de múltiples maneras la decisión de la IVET
	La IVET ser la decisión más dura
	Poner en manos de otro la decisión y aminorar la culpa
La IVET una experiencia que no se quiere repetir	No querer repetir la experiencia de la IVET
	Volvería a hacer la IVET
	Cambiaría de posición con un nuevo embarazo
	No saber qué hacer si vuelve a estar en embarazo
	Seguiría adelante con el embarazo
Considerar e intentar suicidarse al sentirse acorraladas por la sociedad ante el embarazo tardío	Suicidarse era la única solución
	Intentar suicidarse
	Sentirse acorralada por el embarazo
	Decidir no suicidarse para no resolver un problema creando otro
Evitar las relaciones sexuales hasta no tener la seguridad de no quedar nuevamente en embarazo	Tener temor al iniciar nuevamente relaciones sexuales
	No tener relaciones sexuales hasta hacerse operar
	No querer tener relaciones sexuales
Categoría descriptiva 11. Derechos	



<b>Propiedades</b>	<b>Dimensiones</b>
Volverse consciente del derecho a la IVET y defenderlo así no se esté de acuerdo con el aborto	Darse cuenta de que la IVE es un derecho
	No criticar el hecho que las mujeres aborten
	La IVE es una decisión de cada mujer
	Ser defendidas por algún personal de la salud
	La mujer no está para saber si el médico está o no de acuerdo con la IVE
Categoría descriptiva 12. Duelo	
Haber tenido resistencia del personal de salud (por subvaloración y castigo), con los actos simbólicos de despedida y cierre en el doloroso proceso de duelo	Sentir dolor al ver el feto muerto
	Abordar el duelo desde el licor
	El personal de salud dificulta el contacto con el feto muerto
	El personal de salud castiga a la mujer exigiéndole ver el feto muerto
	Querer enterrar el feto
	El cuerpo del bebé es importante, este vivo o muerto
	Sentir paz y tranquilidad luego de despedirse del feto
Categoría descriptiva 13. Mentir	
Mentir e inducir a mentir (blindaje), un mal necesario para ocultar el embarazo y la IVET	Mentir para que no se enteren del embarazo
	Mentir para que no se enteren de la IVET
	Ayudar a mentir para que los familiares y amigos no se enteren de las causas de la hospitalización
	Ser descubierta en la mentira

<b>Propiedades</b>	<b>Dimensiones</b>
Categoría descriptiva 14. Estigma	
La IVET: estigma social como asesino de niños que se logra superar	La IVET estar siempre en la consciencia
	No perdonarse el haberle quitado la vida al feto
	Aceptar ser castigada por Dios
	Sentirse señalada por la IVET en su ciudad
	A pesar de la IVET sentirse bendecida por Dios
Categoría descriptiva 15. Experiencia	
La experiencia de la IVET te hace crecer y te enseña a no juzgar a los demás	La pobreza de niñas que son como perros callejeros
	Vivir la IVET la llevo a dejar de juzgar
	Comprender la importancia de la IVE cuando se dio cuenta del feto malformado
	Recordar la experiencia de la IVET sin dolor, como una experiencia distinta
	Antes juzgaba ahora no
Categoría descriptiva 16. Historia familiar	
Las mujeres con el paso de los años tienden a perdonar a sus familiares por las malas experiencias de la infancia	Perdonar experiencias pasadas
	Criadas amorosamente
	Maltratadas y explotadas en la infancia
	Huir
	Repetir la experiencia de maltrato
Categoría descriptiva 17. Imaginario	
	Imaginario sobre la IVE

<b>Propiedades</b>	<b>Dimensiones</b>
Empoderarse a partir de la experiencia de la IVET: de no haber pensado nunca en el aborto a aceptarlo como un derecho de la mujer	Cambios de posición
	Imaginarlos sobre el futuro
	Imaginarlos de justificación de la IVE
Categoría descriptiva 18. Información	
El acompañamiento cercano de personal de salud responsable favorece la decisión de la IVET en medio de tanto ruido	Información de internet
	Información personal de salud
	Restricción en la información
	Información diagnóstica
	Información a los hijos
	Información para la decisión
	Acompañamiento cercano
Categoría descriptiva 19. Juzgar	
La decisión de la IVET por haber sido profundamente personal exige no juzgar	Juzgar a otras
	No juzgar
	Juzgada por Dios
	Cambiar de posición y no juzgar
Categoría descriptiva 20. Mecanismos de persuasión	
Hacer sentir culpables a las mujeres de la IVET por múltiples sectores de la	Mecanismos de persuasión religiosos
	Uso de videos, cartas, fetos en silicona, costos
	Atemorizar

<b>Propiedades</b>	<b>Dimensiones</b>
sociedad no las hizo cambiar de decisión	Hacerla sentir de lo peor
	Mecanismos de persuasión personal de salud
	Trámites interminables
Categoría descriptiva 21. Negación	
Angustarse por tener que enfrentar la IVET	Negación del embarazo
	Negar por cuidarse ¿?
	Darse cuenta tardíamente del embarazo
	Negación por otros ¿?
Soñar lo que pudo haber sido y no fue (negar la decisión tomada)	Soñar con un feto vivo
	Soñar que el feto aún está dentro
	Esperar ver el feto en el más allá
	Soñar con el futuro del bebé
No haberse conectado afectivamente con el feto favorece la IVET a pesar del juicio propio y ajeno	Rechazo al aborto
	Rechazo al bebé
	No querer ser madre
Categoría descriptiva 22. Personal de salud	
El grado de maltrato y discriminación del personal de la salud depende de sus prejuicios e inexperiencia	Buen trato
	Maltrato
	Discriminación
	Descuido
	Juzgar

<b>Propiedades</b>	<b>Dimensiones</b>
	Falta de experiencia
	Tortura
	Ayuda
	Mecanismos de persuasión
	Soporte institucional
Categoría descriptiva 23. Anticoncepción	
El fracaso de la anticoncepción es en parte reflejo de la insuficiente autonomía de la mujer y la influencia impositiva de terceras personas	No usar métodos anticonceptivos
	Usar métodos anticonceptivos
	Fracaso del método
	El compañero no permitir la anticoncepción
	Usar métodos callejeros no recetados
	Solicitar método definitivo y no se lo hicieron
Categoría descriptiva 24. Proceso	
La atención de la IVET suele ser descuidada e innecesariamente prolongada	Soledad en la atención
	Descuidos intencionales
	Parto en soledad
	Trato irrespetuoso
	Protestas por maltrato y discriminación
Es inevitable preocuparse, además, por la	No querer ver al feto
	Querer ver al feto y despedirse
	Recibir información sobre disposición feto

<b>Propiedades</b>	<b>Dimensiones</b>
disposición final del recién nacido muerto	Querer llevarse el feto y no poder
Planificación familiar e IVET: escenarios de desinformación y demoras injustificadas, pero se rescata que algunos pocos se toman el trabajo de razonar la decisión con las mujeres	Proceso fragmentado
	Mecanismos de persuasión
	Procesos administrativos injustificados
	No tener acceso por falta afiliación
	Recibir información adecuada
Categoría descriptiva 25. Ser consciente	
La IVET es una decisión fundamentalmente íntima pues te confronta (quién eres y con quién cuentas)	Ser consciente de sus hijos
	Decisión íntima
	Confrontación consigo misma
	Confrontación con los demás
	Ser consciente de su estado de salud
	Decisión individual
Haber aprendido la lección: evitar embarazarse de nuevo a toda costa	Anticoncepción
	Vida sexual
	Embarazo no deseado
	De la familia
	Proyecto de vida
Categoría descriptiva 26. Situación económica	
	Dejar avanzar el embarazo por falta de dinero

<b>Propiedades</b>	<b>Dimensiones</b>
La pobreza induce la IVET	Situación económica precaria
	Pago de copagos
	Justificaciones económicas
	Experiencias económicas previas
Categoría descriptiva 27. Soporte social	
La decisión de la IVET se da en soledad con un respaldo social no confiable	De la familia
	Del compañero
	Sin soporte social
	Soporte social positivo
	Soporte social negativo
	De los hijos
	Justificación
Categoría descriptiva 28. Subestimar embarazo	
Haber subestimado el embarazo y tener que enfrentarlo tardíamente genera gran sufrimiento	Justificación
	Negar
	Darse cuenta tardíamente
	Fracaso anticoncepción
	Subestimar síntomas
	Fracaso intento de aborto

**Anexo 6.** Instrumentos de verificación y recolección de las reuniones de socialización de los resultados.

Carta invitación

Medellín, de de 2020

Señor/a o doctor/a \_\_\_\_\_

Entidad: \_\_\_\_\_

Dado su conocimiento e interés en el tema de derechos sexuales y derechos reproductivos, tengo el gusto de invitarlo/a al evento de socialización de resultados de la investigación **Interrupción Voluntaria del Embarazo luego de 21 semanas: Significados a partir de la experiencia en las mujeres. Colombia, 2016-2020.** Esta investigación es de carácter cualitativo (teoría fundamentada) y feminista, fue presentada como requisito para optar por el título de doctor en salud pública del Dr Joaquín Gómez Dávila en la Universidad de Antioquia.

Los resultados son de interés para las mujeres, para las autoridades de salud, las autoridades universitarias, para investigadores y para la sociedad en general y contribuyen con la construcción de una sociedad más igualitaria y equitativa.

El evento tendrá lugar en \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_

Mil gracias por su asistencia y sus aportes en dicha reunión.

Atentamente,

Joaquín Gómez Dávila  
Médico obstetra y ginecólogo  
Doctor en Salud Pública







Formato variables base de datos

**Formato de variables de la base de datos de asistentes a los eventos de socialización de resultados de la investigación Interrupción Voluntaria del Embarazo luego de 21 semanas: Significados a partir de la experiencia en las mujeres. Colombia, 2016-2020.**

<b>Nombre completo</b>	<b>Correo electrónico</b>	<b>Número de teléfono</b>	<b>Entidad donde labora</b>

Formato observaciones y respuestas

**Observaciones y respuestas a las preguntas sobre la investigación Interrupción Voluntaria del Embarazo luego de 21 semanas: Significados a partir de la experiencia en las mujeres. Colombia, 2016-2020.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Tipo de evento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_