

**INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: UN LLAMADO A LA
PSICOLOGÍA.**

**Megan Natasha Pedraza Cadena
Obed Katherine Rodríguez Tinoco
Ana María Silva Tunaroz**

**Directora de trabajo de grado:
Carol Pavajeau Delgado**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Mayo de 2021**

Agradecimientos

A nuestras familias por guiarnos y acompañarnos en cada paso de este camino.

A las mujeres que prestaron sus saberes y sus voces para que esta investigación fuera posible.

*A todas las mujeres, la herencia que nos han dejado, sus luchas y sus méritos, para que nada sea
en vano y por el futuro.*

Resumen

La presente investigación tiene como fin explorar el papel que juega la psicología en la atención y los protocolos de acompañamiento en la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Bogotá, Colombia. Se usó una metodología de corte cualitativo con diseño descriptivo exploratorio en donde se entrevistaron a cuatro profesionales, dos de ellas han laborado en Bogotá en programas de atención a mujeres que solicitan el servicio bajo las causales contenidas en la Sentencia C-355/06, y las otras dos participantes han investigado en temas de salud sexual y reproductiva. Dentro de los hallazgos se encontró que en la actualidad los profesionales de la psicología ejercen roles de asesoría y orientación en el IVE, también se evidenció que hay un campo de acción importante y amplio para la disciplina que se puede desarrollar a futuro teniendo en cuenta la prevención, la educación y el cuidado en pro del bienestar humano; a partir de lo anterior, se realizó una propuesta para la capacitación del personal de salud y un acompañamiento psicosocial oportuno y pertinente, antes, durante y después del proceso de IVE.

Palabras clave: Género, Mujeres, Interrupción Voluntaria del Embarazo, Acompañamiento psicosocial, Psicología.

Contenido

1. Planteamiento del problema	5
2. Objetivo General	6
2.1. Objetivos específicos	6
3. Justificación	6
4. Estado del arte	8
5. Marco teórico	14
5.1. Sentencia C-355/06 y normatividad relacionada	14
5.2. Diferencias entre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y aborto	19
5.3. Derechos humanos	21
5.4. Teoría ecológica de los sistemas	22
5.5. Funciones del personal de la salud	27
5.6. Barreras psicosociales	29
5.7. Papel de la Psicología en la IVE	32
6. Metodología	35
7. Resultados	37
7.1. Diferencias entre IVE y aborto	39
7.1.1. Interrupción Voluntaria del embarazo	39
7.1.2. Aborto	40
7.2. Normatividad en la Interrupción Voluntaria del Embarazo	41
7.2.1. Sentencia C-355 de 2006	41
7.2.2. Derechos de la mujer	43
7.3. Experiencias laborales de ellas en el ámbito	44
7.3.1. Trato del personal de salud	44
7.3.2. Acompañamiento/funciones de la profesional	45
7.3.3. Motivación	46
7.4. Percepciones del IVE	48
7.4.1. Percepciones frente al profesional	48
7.4.2. Percepciones frente a la mujer	49
7.5. Barreras psicosociales	50

7.6. Papel de la Psicología	52
8. Discusión	56
9. Conclusiones	72
10. Referencias	79
11. Bibliografía	84
12. Anexos	85

1. Planteamiento del problema

Han pasado 14 años desde la Sentencia C-355 de 2006, en la cual Colombia proclama la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) como un derecho bajo tres causales, lo que quiere decir que se despenaliza parcialmente el aborto en el país. Sin embargo, este derecho no siempre es garantizado; las mujeres que intentan acceder a la prestación del servicio en centros médicos y hospitales se enfrentan a múltiples barreras psicosociales, es por ello que muchas adolescentes y mujeres se ven obligadas a buscar la prestación del servicio de forma clandestina “muchas de las cuales, probablemente, se encuentren dentro de las causales de aborto punible” (Ministerio de Salud, 2014). Según pronunciamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (2014), una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materna sigue siendo el aborto inseguro; el acceso al servicio continúa siendo muy limitado, en un informe de prensa, la Secretaría de Salud presume que entre el 2013 y 2020 en Bogotá se practicaron 64.000 mil abortos y se considera que en el transcurso de la pandemia han sido 6.180 procedimientos tanto en la red adscrita al distrito como por fuera de ella.

El número de adolescentes y mujeres que solicitan el servicio es alarmante. Las mujeres que logran interrumpir su embarazo en un centro médico o entidad privada, en algunas ocasiones son sometidas a actos de crueldad como juzgamientos, señalizaciones, discriminación, abusos, etiquetas morales y sociales que solo atentan contra su vida y salud mental. En el 2020 Profamilia emitió algunas cifras para reflexionar sobre las barreras psicosociales y problemáticas a las que se enfrentan las mujeres: entre 2005 y 2017, alrededor de 2.290 mujeres fueron criminalizadas por el delito de aborto, de las cuales 502 eran menores de edad, 1.604 procesos seguían activos, los otros casos tuvieron sentencias condenatorias y absolutorias, lo que demuestra que el ejercicio de un derecho sigue siendo perseguido en Colombia como un delito.

A propósito de las demandas que cursan en la Corte Constitucional, no hay evidencia científica, sistemática y rigurosa, que demuestre una relación entre el aborto y la afectación de la salud mental de las mujeres. Por el contrario, algunos estudios mencionados por el Ministerio de Salud (2014) demuestran que el estigma social, la criminalización y las barreras de acceso a procedimientos seguros generan daños emocionales en las mujeres como: ansiedad, estrés, pérdida de autonomía y control sobre sus vidas.

El embarazo y la maternidad preocupan a la sociedad en términos de salud pública, frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo juegan un papel fundamental las mujeres y los prestadores de servicios. Por un lado las mujeres son protagonistas de su propio proyecto de vida e historia; el aborto se ha contemplado desde aspectos sociales, morales y políticos, pero no se ha reflexionado sobre el cuerpo de las mujeres, el valor de sus decisiones, emociones, creencias y los

motivos que las llevan a decidir interrumpir un embarazo. Por otro lado, los prestadores de servicios (entidades de salud, profesionales de la salud y administrativos) viven irregularidades frente a los conocimientos y herramientas para llevar a cabo procesos seguros de interrupción, algunos de ellos son: la baja contratación de personal, poco apoyo y autonomía para prestar el servicio, falta de capacitación del personal frente al IVE, sobrecarga laboral, ausencia de guías y protocolos claros de aplicación y acompañamiento (Lezcano y Coime, 2018). Así mismo, las creencias personales y religiosas de los profesionales de salud predisponen la atención y el trato para con las mujeres que solicitan el servicio de IVE (Salas, 2020).

El presente trabajo no pretende dar una postura ética frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, tampoco presenta una discusión desde el marco legal o la objeción de conciencia. Por el contrario, el trabajo nace de una preocupación por el bienestar y la salud. Al ver las estadísticas mencionadas y desconocidas (casos de mujeres que quedaron en silencio), las barreras psicosociales planteadas, el saber y el saber hacer de los principales protagonistas (mujeres, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, administrativos y psicólogos) se plantean las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué papel juega la psicología en la atención y los protocolos de acompañamiento en un IVE? y ¿Qué elementos puede aportar la psicología en un acompañamiento de un IVE?

2. Objetivo General

Indagar la importancia del acompañamiento psicosocial en el proceso de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Bogotá, teniendo en cuenta la experiencia de profesionales que han laborado en programas de atención a mujeres que solicitan el servicio bajo las causales contenidas en la sentencia C-355/06, con el fin de proponer un acompañamiento psicosocial oportuno y pertinente, antes, durante y después del proceso de IVE.

2.1. Objetivos específicos

- Conocer los lineamientos y procesos que comprende la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia.
- Contrastar las experiencias narradas por las participantes de la investigación con los protocolos de atención establecidos en Colombia.
- Evidenciar la importancia del acompañamiento psicosocial en la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia.

3. Justificación

“Ningún país manda a sus soldados a la guerra para defenderlo sin procurar que regresen sanos y salvos, pero durante siglos se les ha pedido a las mujeres que luchan para renovar los recursos humanos, sin darles protección alguna” Fred Sai, 2000.

Como resultado de los conocimientos adquiridos no solamente a lo largo de la carrera profesional en psicología, sino a partir de las realidades de muchas mujeres, es imperativo e inquietante explorar el campo de la salud sexual y reproductiva, el cual deriva de largas luchas históricas de personas en pro de los derechos vulnerados y opacados. Más aún, llama la atención que desde la Psicología; disciplina que recoge y aborda el sufrimiento humano, contiene la afectividad de la especie, estudia el comportamiento y usa la mirada holística y particular de los fenómenos que confluyen en las vidas humanas, no se haya pronunciado firmemente frente a un fenómeno que se encuentra lleno de sufrimiento, dolor, exclusión, desvalorización y violación.

Además, se cuestiona enviar al personal de salud a atender tan complejo fenómeno sin brindar herramientas necesarias y suficientes para garantizar un efectivo servicio y goce de derechos así como sobreponerse a una carga que probablemente eriza la piel de más de uno de ellos. Existe inquietud e indignación desde diferentes lugares de conocimiento como el derecho, la medicina, las ciencias humanas, la psicología, así mismo los colectivos de mujeres por los derechos sexuales y reproductivos, el Ministerio de Salud, la Secretaría de Salud de Bogotá, organizaciones mundiales, entre otros, se han solidarizado con las historias de mujeres que están detrás de las cifras sobre aborto inseguro o IVE, con las víctimas de este sufrimiento, e inclusive de la vergüenza y el temor de convertirse en una más de la masa de negligencia e indiferencia.

En efecto, la despenalización parcial del aborto en Colombia nace de la interposición de demandas de la ciudadanía y movimientos sociales que han impactado de tal manera que la Corte Constitucional de Colombia, en el año 2006, reconoce la libertad de decisión sobre el cuerpo y la sexualidad de la mujer, además de que el aborto tipificado como estaba en el Código Penal era inconstitucional. Aunque las luchas se dieron y resultaron en la proclamación de este derecho, la figura de la mujer se ha dejado de lado respecto a la toma de decisiones relacionadas con la definición de las causales, la atención que se les brinda en el sistema de salud y por ende, a la hora de la práctica (Salas, 2020).

No está de más recordar que la Constitución de Colombia diferencia entre el derecho a la vida (limitado a la persona humana), y la protección de la vida (garantizada incluso para quienes no han nacido), pero el status de persona es dado a quien finalmente ha nacido, por lo tanto el no nacido no ostenta tal status ni es titular de las prerrogativas derivadas del mismo (Ministerio de Salud, 2014); lo que resulta inconstitucional es priorizar la protección del no nacido por sobre todos los derechos de una persona que en efecto ya está viviendo, es decir, la mujer.

Lo cierto es que si bien existe una normatividad vigente que despenaliza parcialmente el aborto en Colombia y regula la práctica de la IVE según tres causales, así como regula a las entidades de salud, también se presentan una cantidad considerable de barreras psicosociales,

individuales y estructurales que impiden el acceso seguro y oportuno al servicio, dificultando la ejecución de los derechos y de la Sentencia. Estas barreras están permeadas por contextos que carecen de servicios anticonceptivos y de IVE, ya sea porque no se han implementado o porque a pesar de estarlo, existen otras barreras que obligan a la mujer a recurrir a servicios clandestinos e inseguros poniendo en riesgo su salud y su vida (Ministerio de Salud, 2014).

Aquí conviene mencionar que el colectivo Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, el cual trabaja por los derechos sexuales y reproductivos en Colombia desde 1998, ha afirmado la falta de información que tienen las mujeres respecto a sus derechos y sobre la normatividad que regula el derecho a la IVE así como los requisitos para su acceso y las rutas de atención. Este colectivo también identificó la existencia de un marcado desconocimiento de esta información por parte de los servicios de salud y los servicios de justicia (Lezcano y Coime, 2018).

Dentro de este contexto la labor de la psicología ha sido emitir conceptos que verifiquen la existencia de riesgo para la salud mental de la mujer por el embarazo, dichos conceptos no pueden ser descalificados por parte del profesional médico que evalúa el caso (Ministerio de Salud); además se encarga de orientar y asesorar a las mujeres que llegan a solicitar el servicio. Pero es posible notar que todo el conocimiento con el que esta disciplina cuenta sobre las violencias, las dinámicas e interacciones sociales, mundos internos, afectividad, cognición y volición, entre otros, no han sido del todo ejecutados en este campo de acción.

De aquí que se abre la invitación a la Psicología a jugar un rol más activo en estos procesos tan complejos y dolorosos, considerando que se cuenta con las herramientas para acercarse al mismo, comprenderlo y brindar apoyo, acompañar desde la contención emocional y garantizar la protección y el efectivo goce de los derechos y deberes relacionados al IVE; todo ello debe ser ejecutado con equipos interdisciplinarios conformados por personal médico, de enfermería, administrativo e inclusive de la justicia, con el fin de brindar una excelente atención integral y así poder “Avanzar en la equidad de género, eliminar la violencia contra la mujer y asegurar la habilidad de esta para controlar su propia fertilidad, para convertirse en la piedra angular de las políticas de población y desarrollo.” (Ministerio de Salud, 2014, p. 11)

4. Estado del arte

Con el objetivo de dar a conocer algunos de los estudios y focos de interés en las investigaciones académicas frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en un primer momento se realiza una presentación general de Latinoamérica; los países donde es legal y los estudios realizados por organizaciones como la ONU y ONU Mujeres. Seguido se contempla el contexto colombiano a partir de tres líneas de trabajo: la primera es el marco legal y las instituciones frente al IVE, la segunda son los profesionales de salud y la última es la experiencia de mujeres y la asesoría que reciben previa al procedimiento.

En un primer momento, los países de América Latina que permiten interrumpir el embarazo sin condiciones en las primeras semanas de gestación son Uruguay, Cuba, Guyana, Guyana Francesa, Argentina y Puerto Rico. Los países donde está prohibido son El Salvador, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Haití. Los países con causales en mayor o menor medida a la interrupción del embarazo, por ejemplo, en Paraguay, Venezuela, Guatemala, Perú, México y Costa Rica solo se despenaliza en caso de que la vida de la mujer embarazada corra peligro, en países como Chile, Colombia, Bolivia, Ecuador y Brasil cuentan con tres causales relacionadas con la violencia sexual, la salud y el riesgo de muerte (BBC, 2020).

A partir de este panorama se entiende que cada país tiene su propia legislación frente a la interrupción del embarazo, por esta razón, los estudios publicados en la ONU y ONU Mujeres que se comprenden en América Latina y el Caribe tienen los siguientes focos de atención: Una perspectiva de derechos humanos, los lineamientos legislativos de cada país y los compromisos que cada país hizo en el 2015 sobre la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.

En la Asamblea general de las Naciones Unidas realizada para la Agenda 2030 con los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, Colombia se comprometió a crear un mecanismo nacional de coordinación entre sectores para formular un enfoque global sobre violencia de género, con el fin de promover, proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos para fortalecer la capacidad de las mujeres para decidir sobre su cuerpo, sexualidad y reproducción. También se comprometió a trabajar en pro de la construcción de nuevas masculinidades. ONU Mujeres (2017) afirma que otros países continúan creando políticas para la protección de las mujeres.

Sin embargo, la perspectiva de derechos y protección no contempla en su totalidad el tema de la IVE. Ramos (2016) afirma que el aborto ha venido ocupando un lugar importante y creciente en el quehacer académico, el debate público y las agendas políticas públicas. En su investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe ofrece un conocimiento riguroso de la evidencia científica que se dispone en la región entre el 2009-2014 y propone algunos temas prioritarios que fueron indagados: Aspectos emocionales y psicológicos, la experiencia de adolescentes y jóvenes frente al aborto, la elección de los métodos, las barreras que enfrentan las adolescentes y mujeres al tomar la decisión y acceder a los servicios de salud.

Frente a los aspectos emocionales y psicológicos, Ramos (2016) afirma que se ha estudiado el peso del estigma del aborto y su relación con el valor social de la maternidad, el impacto de la clandestinidad, las principales barreras, la relación de las mujeres con su pareja o familia y los motivos para interrumpir el embarazo. Dentro de los cuales se encontró que la decisión se ve relacionada con la falta de condiciones económicas para la crianza de un hijo/a y el deseo de continuar con los proyectos de vida. Los sentimientos asociados a la interrupción dependen de los significados que las mujeres tienen sobre la maternidad y la feminidad.

Ramos (2016) hace una recolección de la normativa y el aborto, cita a Bohórquez y Zamberlin para comprender cómo las normativas y las leyes son un reflejo de las tendencias de la

opinión pública. Las autoras descubren que el estigma frente al aborto es poco investigado y consideran que se debería investigar sobre su impacto en la prestación de servicios (protocolos y calidad). En una investigación realizada por Ariza y Ramón (2015) sobre la objeción de conciencia, se descubrió que es de las barreras más manifiestas para el acceso a la interrupción, ante los resultados las investigadoras recomiendan examinar las opiniones, actitudes y prácticas de profesionales de la salud sobre la objeción de conciencia y fijar estándares normativos para regular las denegaciones de servicios.

En conclusión, las investigaciones publicadas en ONU Mujeres (2017) y recopiladas por Ramón (2016) sobre el aborto han estado centradas en áreas urbanas y grandes ciudades, han estudiado los lineamientos jurídicos frente a la interrupción del embarazo, los estigmas, las barreras psicosociales, los motivos y voluntades de las mujeres, familias y parejas que acuden al servicio, el funcionamiento y calidad de la atención en las instituciones de salud. A partir de los resultados de las investigaciones recopiladas en Ramón (2016) se puede afirmar que en América Latina faltan investigaciones en contextos suburbanos, rurales y en comunidades indígenas, es necesario estudiar con mayor énfasis los estigmas y el peso que tienen en la organización política, así como la formación, atención y servicios por parte de los profesionales de salud en las instituciones médicas públicas y privadas.

En un segundo momento se comprende que en el contexto colombiano se encuentra el ABECÉ frente al IVE, un documento emitido por el Ministerio de Salud (2016), el cual contempla tres acciones que hasta el momento son clave para comprender el servicio de salud de la interrupción del embarazo: (1) Acciones promocionales que se realizan en las instituciones y en la sociedad sobre la IVE, (2) Acciones para la atención y gestión del riesgo en salud. (3) Acciones para la gestión de salud pública.

Respondiendo a estas acciones, Profamilia (una organización privada sin ánimo de lucro que promueve el respeto y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población colombiana), en sus líneas de investigación frente al aborto inseguro e IVE se encuentra la práctica médica sobre aborto en el orden regional, objeción de conciencia, evaluación y diseño de políticas sociales, aborto en el conflicto, determinantes sociales relacionados con la interrupción del embarazo y estudios sobre el costo del aborto inseguro e IVE (Profamilia, 2020).

Durante el año 2020, Profamilia apoyó las siguientes investigaciones sobre aborto seguro: Adherencia al protocolo de aborto farmacológico, prestación del servicio en Profamilia. Y analizaron las necesidades y oportunidades en tres ciudades de Colombia (Bucaramanga, Popayán y Tunja), el aborto en personas trans, las oportunidades y los desafíos de los servicios del tele aborto en Colombia y México (Profamilia, 2020).

A continuación, se presentarán algunas investigaciones que apelan a los temas anteriormente mencionados y a las investigaciones dirigidas al marco legal, las funciones de las instituciones y profesionales de la salud, la percepción y experiencias de algunas mujeres y la

asesoría en el proceso de interrupción voluntaria del embarazo. Los títulos mencionados se encontraron en los repositorios de las universidades Javeriana, Rosario y Nacional y en el colectivo La mesa por la vida y la salud de las mujeres.

Marco legal y las instituciones en Colombia frente al IVE:

Llinás (2021) realizó una monografía e indaga si la decisión de interrumpir el embarazo es individual o estatal, para responder plantea la contradicción entre autonomía y la subordinación reproductiva, la legitimidad y el por qué obedecer (el bien jurídico) y replantea el debate en Colombia sobre el control de legitimidad. En conclusión, argumenta que es necesario un debate desde la rama judicial frente al control constitucional y el Código Penal, así mismo, plantea que, debido a las inconsistencias, el Estado y la sociedad colombiana tienen la responsabilidad de proteger la decisión libre sobre el embarazo de todas las mujeres, y reconoce que el aborto es un caso complejo que involucra cuestiones morales y políticas profundas.

Rubio (2019) realizó un análisis de la Política Nacional de Sexualidad y Derechos Reproductivos. Uno de sus objetivos fue comprender las brechas entre las racionalidades que estructuran la política y la que se experimenta en la cotidianidad en los contextos colombianos. Usó un método descriptivo y una revisión documental de las políticas de 2003 y 2014, a partir de la información encontrada concluye que la autonomía sexual y reproductiva no se limita a la planificación familiar, sino a un ejercicio autónomo, libre e informado, en esta línea agrega la importancia de educar individuos autónomos para que puedan ejercer todos sus derechos y convivir armónicamente. Al final afirma que la sexualidad y la reproducción son lugares políticos y afectivos donde se debería dar el cuidado, la libertad y las decisiones.

Perdomo (2018) realizó un estudio en el que pretendía identificar y caracterizar los principales discursos alrededor del cuerpo que afectan la manera como se entiende la IVE y comprender cómo se articulan los discursos con las políticas de la IVE. A partir de la investigación y los relatos que recopiló concluye que se ha logrado una naturalización del IVE a partir de los discursos frente a la práctica, lo cual ha reconfigurado el significado del cuerpo y la experiencia personal de muchas mujeres colombianas, para Perdomo (2018) esta naturalización facilita la información en los sectores públicos y privados de salud y genera mayor conocimiento entre las mujeres frente a los derechos sexuales y reproductivos.

Los estudios concuerdan en afirmar que la forma como se comprende el mundo tiene una relación directa con las políticas públicas, las instituciones prestadoras de servicio y los derechos humanos, los cuales están comprendidos en la Constitución Política, así como afirman que los cuerpos y las acciones son políticos. A partir de estas búsquedas biográficas, es necesario presentar las investigaciones sobre el rol y las percepciones de los profesionales de la salud que están directamente relacionados con los procesos de IVE.

Profesionales de la salud:

La Fundación Oriéntame (2017) en Colombia realizó un proyecto para mejorar el acceso a los servicios de IVE con énfasis en la oferta pública en dos líneas de trabajo: (1) implementar el servicio en ciudades como Villavicencio y Soledad Atlántico y (2) brindar a los hospitales equipos profesionales comprometiéndolos a difundir los servicios de IVE para las mujeres. Con este proyecto lograron que en las ciudades se cumpliera en un 80% con la infraestructura y la consulta para el procedimiento, se logró que la EPS ofreciera un convenio, lo cual facilitó y promovió la difusión del servicio, sin embargo, consideran que es necesario continuar con los seguimientos y capacitar a todo el personal, firmar compromisos y objetivos con los administrativos y personal médico. También recomiendan asegurar la sostenibilidad de las instituciones, llevar a cabo procesos de capacitación integral donde se vinculen todos los actores de la institución, sensibilizando a todo el personal asistencial y administrativo.

Hernández y colaboradores (2018) realizaron una revisión del plan curricular con el fin de valorar las estrategias pedagógicas y el desarrollo de competencias en IVE en cuatro facultades de medicina, la investigación fue de corte cualitativo a partir de la revisión y análisis de currículos de 4 universidades; dos públicas y dos privadas. Diseñaron entrevistas semiestructuradas a decanos, directores de área, profesores y estudiantes, organizaron salas de simulación sobre la IVE para semestres finales y se plantearon tres situaciones problema donde existían tres roles (médico/ mujer solicitante de IVE y aseguradora). En los resultados evidenciaron que, frente a los currículos, de las cuatro facultades de medicina valoradas los temas de IVE no están contemplados de manera explícita en los currículos de dos universidades, en una de ellas se transformó el abordaje y se incluyó la objeción de conciencia y la última cuenta con los módulos de salud y atención primaria para IVE, por lo cual se evidencia desconocimiento acerca de las normativas. En las salas y simulaciones evidenciaron que hay baja disponibilidad de espacios físicos y equipamiento para llevar a cabo procesos de IVE, los estudiantes de una de las universidades que incluyen la atención en sexualidad y reproducción tuvieron un mejor desempeño.

González y Melo (2019) revisaron el impacto de la objeción de conciencia en la prestación del servicio en la IVE. En el documento se encuentra la definición de objeción de conciencia, los límites y los argumentos a favor y en contra. Las autoras revisan la responsabilidad en términos de derechos y concluyen que la objeción de conciencia individual no se debe dar por desconocimiento del marco legal y tiene un alto impacto en términos económicos, de violación de derechos fundamentales y costos asumidos por los directos responsables, ante la objeción institucional plantean que la objeción solo puede ser privada, personal, pasiva y nunca lesiva de derechos a terceros, lo cual deja por fuera a las instituciones.

Los tres estudios comprendidos concuerdan con afirmar y destacar la importancia de la formación en derechos sexuales y reproductivos y programas de sensibilización para prestar un servicio cuidadoso, pertinente y digno. Se problematiza la objeción de conciencia desde lo individual e institucional, se realizan las respectivas claridades y se abre paso a pensar en la experiencia y asesoría que reciben las mujeres en el contexto colombiano.

Experiencia de mujeres y asesoría:

Salas (2020) indagó la percepción sobre la IVE desde las voces de 10 mujeres que se han sometido a la práctica en condiciones legales en Bogotá (2006 y 2016). Durante la investigación se tuvo en cuenta los conocimientos frente a la práctica, el proceso de toma de decisión, sus experiencias, la atención recibida, los sentimientos y pensamientos asociados a la intervención, se encontró que la percepción estuvo relacionada con el conocimiento a otras experiencia, a las redes de apoyo de las mujeres y a la concepción de maternidad que existe en la población.

Villalba (2016) investigó sobre la asesoría y orientación para la IVE en las narrativas de mujeres atendidas en el hospital de la Victoria en Bogotá. Dentro de sus objetivos se encontraba identificar los significados sobre el embarazo, aborto y la IVE que circulan en las mujeres que fueron atendidas en aquel lugar, así como la influencia y la satisfacción con la asesoría y la orientación, y reconocer las barreras en la atención y proponer recomendaciones para el fortalecimiento del componente de asesoría y orientación en IVE en los centros de atención distrital. Dentro de las conclusiones se encuentra que la mayoría de mujeres ingresaron por la causal salud mental, superaron múltiples barreras de acceso y su experiencia fue difícil. Las recomendaciones realizadas parten de las expresiones y vivencias de las participantes, ellas solicitan que la orientación de psicología sea ofrecida a todas las mujeres que ingresan para una IVE (sin que retrase el procedimiento médico), la interacción de la mujer con el equipo de psicología fue bien valorada por ellas y recomiendan soportar detalladamente en la historia clínica digital la orientación que tuvo lugar. Así mismo proponen recomendaciones durante y después del procedimiento con el fin de prevenir problemas de salud física y mental.

En *Católicas por el Derecho a Decidir* (2014) se encuentran otros estudios y focos de atención, su objetivo es incidir social y políticamente en el reconocimiento y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Colombia y América Latina, a partir de los derechos humanos y la teología feminista. Dentro de sus líneas de trabajo se encuentra la promoción del ejercicio de la mujer a decidir sobre su vida y su maternidad defendiendo la separación entre las iglesias y el Estado, dándole un lugar a la democracia.

En conclusión, las investigaciones y las instituciones anteriormente mencionadas evidencian que la forma como se comprende la mujer, la salud y la interrupción del embarazo tiene una relación directa con las políticas públicas, así mismo, el hecho de que existan servicios de salud amigables facilita el servicio y disminuye las barreras psicosociales. Es necesario implementar programas de sensibilización y mejorar los programas académicos. Hernández y colaboradores (2018) recomiendan que se incluya en los currículos los procedimientos de IVE, así como se debe ayudar a posicionar la IVE en la agenda pública de otras facultades de ciencias de la salud y agremiaciones científicas. También se evidencia un desconocimiento generalizado, tanto en mujeres solicitantes como profesionales de la salud sobre los derechos sexuales y reproductivos. Frente a la obesión de conciencia se han realizado varios estudios, Salas (2020) plantea que se

trabaje con la población para conocer la postura, los valores y la experiencia, tanto de los profesionales como las mujeres en cuanto al IVE. Villalba (2016) afirma que faltan estudios sobre las barreras de acceso en contextos clínicos y sociales.

5. Marco teórico

La Intervención Voluntaria del Embarazo en Colombia ha tenido cambios jurídicos, conceptuales y prácticos. En este apartado se mencionan los principales lineamientos de la Sentencia C-355/06 y los términos IVE y aborto. En concordancia con el objetivo de investigación y la guía de atención para la IVE se presenta el modelo ecológico de Bronfenbrenner, el cual permite comprender desde una perspectiva sistémica las funciones de los profesionales de la salud, las barreras y el acompañamiento psicosocial.

5.1. Sentencia C-355/06 y normatividad relacionada

“La penalización del aborto en todas las circunstancias implica la completa preeminencia de uno de los bienes jurídicos en juego, la vida del nasciturus, y el consiguiente sacrificio absoluto de todos los derechos fundamentales de la mujer embarazada, lo que sin duda resulta a todas luces inconstitucional.” Corte Constitucional de Colombia. Sala Plena. (2006).

Teniendo en cuenta este y demás pronunciamientos realizados por la Corte Constitucional de Colombia en el año 2006, es que se logra despenalizar el aborto en ciertas circunstancias mediante la Sentencia C-355/06, en donde también se reconoció que las mujeres y niñas que requieran este servicio tienen derecho a solicitar al sistema público de salud que le practiquen una interrupción voluntaria del embarazo (Women 's Link worldwide, 2014). Esta sentencia resulta ser “el pronunciamiento más importante hecho por un organismo judicial en materia de derechos reproductivos de las mujeres en Colombia.” (Ministerio de Salud, 2014, p. 25), pues no solamente reconoce que la prohibición total del aborto es una violación de los derechos fundamentales, sino que corrige dicha inconstitucionalidad por medio del establecimiento de las causales de aborto no penalizadas, reivindicando la autonomía sexual y reproductiva como materialización de la dignidad humana, y se reconoce a las mujeres como sujetas morales y ciudadanas plenas con capacidad de toma de decisiones libres, informadas y autónomas sobre sus cuerpos y vidas (Ministerio de Salud, 2014).

El anterior avance mencionado en materia legal refiere a que se crea una opción para las mujeres bajo las causales más no las obliga a optar por la IVE siempre que las cobije alguna circunstancia, lo que ratifica los derechos a la autonomía y autodeterminación reproductiva (Ministerio de Salud, 2016).

La Sentencia, al ser de orden constitucional, y sus desarrollos posteriores también, son de obligatorio cumplimiento y tienen fuerza de Ley, expresado en múltiples escenarios por la Corte Constitucional de Colombia “se mantiene incólume el derecho de las mujeres a la IVE y las correlativas obligaciones de respeto y garantía en cabeza del Estado y de los particulares que prestan y promueven el servicio de salud (...)” (citado por Ministerio de Salud, 2014, p. 25). Además, la Corte Constitucional ha establecido la prohibición de interponer obstáculos, exigencias o barreras adicionales a las establecidas en la Sentencia C-355 para el préstamo del servicio de IVE ahí estipulado (Ministerio de Salud, 2016).

A continuación, se resaltan los principales aspectos argumentados por los y las denunciante ante el Estado para el establecimiento de la Sentencia C-355 del 2006 (Corte Constitucional de Colombia. Sala Plena, 2006):

1. *Libertad, autonomía y libre desarrollo de la personalidad.*

Sobre este punto, se resalta que los asuntos de las vidas personales atañen precisamente a la persona que los vive, sólo por ella deben ser decididos, y dicha decisión debe ser tomada por el agente de su vida, no por el Estado, ya que decidir por ella es arrebatárle la condición ética, e implica su cosificación y la conversión de la misma en medio para fines que se eligen por fuera de ella. El hecho de penalizar esta conducta no sería coherente con la doctrina del núcleo esencial del derecho al libre desarrollo de la personalidad y autonomía como expresión de la dignidad humana; así, si se considera la autonomía y libertad, se harían inviables las normas en donde el legislador desconoce las condiciones mínimas del ser humano como ser capaz de decidir sobre su propio cuerpo, rumbo y opciones de vida. Entonces, se concluye que la imposición normativa privilegiará una concepción particular sobre el valor de la vida en detrimento de los derechos fundamentales y constitucionales de la mujer.

2. *Proporcionalidad.*

El hecho de que el Estado realice intromisiones mediante la penalización absoluta del aborto a una mujer la obligaría a la responsabilidad de un embarazo no deseado y algunas veces la pondría en riesgo, tanto su salud como su vida, desbordando las obligaciones que deben soportar todos, como ciudadanía libre, autónoma y digna en un Estado social de derecho como el Estado colombiano. Teniendo esto en mente, la obligación de tener un hijo no solamente implica la decisión de sostenerlo en el vientre de las madres por nueve meses, sino una serie de cargas económicas, sociales y psicológicas que afectan la integridad y la vida de la mujer. Por tanto correspondió al juez constitucional testear la proporcionalidad adecuada y reconocer que con el aborto está en juego la potencia o esperanza de vida además de la propia vida de la mujer, su salud, libertad, dignidad, derechos y valores que igualmente deben ser protegidos.

3. *Igualdad.*

El penalizar una práctica médica que solamente requieren las mujeres viola el derecho a la igualdad, ignorando también los efectos diferenciales de un embarazo no deseado, la vida de mujeres jóvenes, de bajos recursos, y/ o de distinto origen étnico. Es evidente que en Colombia la mujer ha sido discriminada por su sexo y se ha configurado por medio del imaginario social de un ser reproductivo, por tanto, dicha imposición de roles de género basados en estereotipos constituye una violación al derecho a la igualdad, materializado a través de la penalización total del aborto ya que se coarta el acceso al derecho a la salud sexual y reproductiva cuando se trata de decidir sobre su propio cuerpo.

4. *Tratos crueles, inhumanos y degradantes.*

A partir de una decisión tomada por el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, establece que no garantizar la posibilidad de un aborto legal y seguro cuando existen graves malformaciones fetales (sólo se pueden diagnosticar después de la semana 14), es una violación al derecho de estar libre de tortura y tratos crueles inhumanos y degradantes. Por otra parte, respecto a la penalización del médico que interrumpa el embarazo de una mujer menor de 14 años bajo el consentimiento libre e informado de la misma, ello no podría ser defendido constitucionalmente y debe entenderse que el embarazo a esta edad trae generalmente peligros para la vida, la salud y la integridad, además de que el consentimiento para sostener relaciones sexuales no se prevé hasta los 14 años, por lo cual se presume abuso sexual.

5. *Dignidad.*

La dignidad humana es gravemente vulnerada cuando una mujer es violada, o artificialmente inseminada o es víctima de transferencia de óvulo fecundado no consentida, ya que es instrumentalizada. Pero se desconoce aún más su dignidad como ser humano cuando se le impone contra su voluntad, servir de instrumento útil para procrear al penalizar el aborto sin ninguna excepción. Este embarazo forzado por violación desconoce el principio de dignidad humana y se abusa de sus capacidades reproductivas, cosificando a la mujer y posicionándola como vientre sin conciencia.

6. *Vida, salud e integridad.*

El derecho a la vida es un derecho fundamental por excelencia en la Constitución Política de Colombia de 1991, por lo cual, su dimensión objetiva, le impone al Estado la obligación de impedir que las mujeres mueran por causa de abortos inseguros, ya que la vida física, la integridad personal y la salud de la mujer pueden verse seriamente amenazadas por problemas en el embarazo, y corren mayor peligro al acudir a lugares clandestinos para realizarse un aborto, los cuales generalmente no cumplen con protocolos médicos ni reglas de higiene.

7. *Argumentos del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.*

Dentro de este apartado se suman otros postulados a la luz del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. En primer lugar, la penalización del aborto viola el derecho a la intimidad de la mujer ya que el Estado o los particulares interfieren el derecho de la mujer a tomar decisiones sobre su cuerpo y su capacidad reproductiva. En segundo lugar, las barreras legales que impiden el acceso a tratamientos médicos aplicables sólo a mujeres para proteger su vida o su salud son una violación del derecho a la igualdad. En tercer lugar, existe protección contra la discriminación mediante la prevención y penalización de las conductas discriminatorias que buscan prevenir violaciones en la esfera privada de la vida. En cuarto lugar, los derechos de las mujeres de bajos ingresos son vulnerados con la penalización del aborto, constituyendo discriminación por condición socioeconómica. Y en quinto lugar, el aborto ilegal afecta de particular manera los derechos de las mujeres jóvenes y niñas, violentando su derecho a no ser discriminadas por razones de edad.

Por consiguiente, y gracias a los argumentos realizados por los demandantes respecto a la penalización total del aborto en Colombia, se establecieron las siguientes causales por las cuales las mujeres podrían acceder al servicio de interrupción voluntaria del embarazo y ejercer su nuevo derecho fundamental y reproductivo reconocido por la Corte Constitucional de Colombia.

Primera causal: Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer.

Entiéndase salud según la definición ofrecida por la OMS en donde se reconoce que “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Ministerio de Salud, 2016, p.3), por lo cual dicha causal abarca cualquier afectación física, mental o social de la mujer y solamente basta con la existencia de riesgo para la salud de la mujer en cualquiera de las esferas mencionadas, por lo tanto, no es necesario que ya se haya generado un daño por la continuación del embarazo. A propósito del riesgo, se debe considerar el concepto de peligro, para la salud y la vida, entendiéndolo como “la posibilidad de afectación de la salud y en este sentido no es exigible ni la presencia de una enfermedad, ni una enfermedad de intensidad determinada, ni la concreción de dicho riesgo para determinar que en efecto la salud está afectada.” (Ministerio de Salud, 2014, p. 27).

De otra manera, se establece en esta causal la importancia de la integralidad del concepto de salud, en relación con la Sentencia T-585 de 2010 por la cual se establece la obligatoriedad de contar en todos los ámbitos de salud con protocolos de diagnóstico que incluyan la valoración de la salud mental para todos los casos en que las mujeres o los profesionales de la salud crean estar frente al riesgo para la salud o la vida como una consecuencia de la continuación del embarazo (Ministerio de Salud, 2014). Sin embargo, se hace la claridad de que para acceder a una IVE por salud mental no se debe exigir necesariamente la existencia de un diagnóstico psiquiátrico o una discapacidad psicosocial, puesto que es procedente cuando se presenta dolor psicológico o sufrimiento mental (Ministerio de Salud, 2016).

En esta causal el peligro para la salud no necesariamente debe coexistir con el peligro para la vida. A pesar de esto, la decisión de continuar o no el embarazo es enteramente de la mujer, lo cual está respaldado por la Corte Constitucional en relación con el respeto de la autonomía para decidir. Dichos estándares de bienestar deben ser definidos por las mujeres, quienes asumirán el riesgo asociado al embarazo pues ellas determinarán qué tantos riesgos estarían dispuestas a correr de continuar su embarazo (Ministerio de Salud, 2014).

Ahora bien, el embarazo podría convertirse en un factor de riesgo y modificar el estado de salud/enfermedad de la mujer, expresándose en el transcurso de la gestación. Es por ello que el Ministerio de Salud (2014) clasifica los siguientes factores de riesgo:

Factor de vulnerabilidad: Cuando se trata de una mujer sana y la continuación del embarazo podría aumentar la posibilidad de una afectación, presente o futura, de la salud.

Factores predisponentes: Cuando el embarazo pueda precipitar una afectación.

Factor de consolidación: Cuando se trata de una mujer que tenga alguna enfermedad crónica o aguda y la continuación del embarazo pueda influir en dicha enfermedad previa.

Segunda causal: Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida.

Refiere a la inviabilidad del feto con la vida a partir de una grave malformación, puede presentarse en embarazos deseados como no deseados, aunque lo relevante aquí es el hecho de que no se le puede exigir a las mujeres soportar la carga de un embarazo que podría implicar un riesgo para su salud física y emocional aun sabiendo la inviabilidad del feto, por patologías como anencefalia, microcefalia, etc., ya que ello significa someterlas a tratos crueles, inhumanos y degradantes que afectarían también su dignidad (Ministerio de Salud, 2014).

Tercera causal: Cuando el embarazo sea el 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.

En esta causal, para acceder al servicio solamente se requiere una copia de la denuncia realizada por el delito de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas o de incesto. En el caso de las menores de 14 años, se presume una relación no consentida según el ordenamiento jurídico colombiano, por lo que no es necesario ni exigible la copia de la denuncia, aunque de tenerla se constituye en un formalismo, siempre y cuando no retrase la atención. Respecto a las mujeres en condición de discapacidad no se exige la presentación de interdicción, dado que dicho requisito podría ser una carga que pueda dilatar la prestación del servicio a una mujer víctima de abuso sexual (Ministerio de Salud, 2014).

En las tres causales, la sentencia T-841 de 2011 y la Circular No. 003 de 2013 de la Superintendencia Nacional de Salud establecen que el término razonable para responder oportunamente las solicitudes de IVE y su realización es de cinco (5) días a partir de la consulta.

Una vez abordado el contenido de la Sentencia C-355 de 2006 por el cual se despenaliza parcialmente el aborto bajo las tres causales mencionadas, aún resulta pertinente acercarse a los conceptos de interrupción voluntaria del embarazo y aborto, además de sus diferencias, pues estarían siendo utilizados como sinónimos cuando en realidad, en el contexto colombiano, presentan una serie de distinciones. Para efectos de esta investigación se utilizará el término Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

5.2. Diferencias entre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y aborto

Aborto:

El aborto ha estado, históricamente, presente en las comunidades y rodeado de significados y significantes de estigma y discriminación en las diferentes culturas respecto a sus constructos sociales que se cimientan en violencias de género naturalizadas (Ministerio de Salud, 2016), por lo cual el aborto resulta ser un término complejo en su definición en tanto se encuentra relacionado a las sociedades y los cambios que las mismas vayan adquiriendo a lo largo del tiempo. Es por ello que se le han brindado diferentes tipologías a la palabra aborto; una primera aproximación es ofrecida por la lengua española, la cual entiende al aborto como la interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas (Álvarez, 2008).

En esta línea de ideas, Álvarez (2008) realiza unas aproximaciones al término desde la bioética, trayendo a colación diferentes clasificaciones como el aborto espontáneo, el aborto electivo y el aborto terapéutico, el primero haría referencia a abortos que se dan de forma natural sin acciones deliberadas y provocadoras del mismo; la segunda clasificación mencionada refiere a la interrupción del embarazo (antes de que sea viable su vida) a petición de la mujer más no por razones de salud materna o enfermedad fetal en países donde la interrupción voluntaria del embarazo es legal durante el primer trimestre. Y la tercera clasificación -el aborto terapéutico- se conoce como el término del embarazo antes del tiempo de viabilidad fetal con el fin de proteger la salud de la madre; cuando la continuación del embarazo puede amenazar la vida de la mujer o afectar su salud, cuando el embarazo da a lugar nacimientos de niños y niñas con malformaciones físicas graves o con retraso mental.

Dentro del contexto colombiano, específicamente, se ha mencionado el aborto inseguro como aquel realizado por personas que carecen de capacitación, utilizando técnicas peligrosas en recintos carentes de condiciones higiénicas y de estándares médicos mínimos, o en su defecto, inducido por la misma mujer (Ministerio de Salud, 2016; Women 's Link worldwide y Profamilia, 2014). Este aborto constituye una de las principales causas de morbilidad, discapacidad y

mortalidad materna según el Ministerio de Salud (2016), por lo cual es un problema de salud pública.

Es así que se propone utilizar un término más amplio como la Interrupción Voluntaria del Embarazo, el cual no es un eufemismo sino una descripción acorde a lo que el término en sí pretende describir y es una forma en la que “la ciencia en su larga historia ha creado palabras y conceptos nuevos para poder describir mejor los fenómenos que se presentan en la realidad.” (Álvarez, 2008, p. 250), la palabra aborto suele estar cargada de matizaciones y estigmas morales que se asocian, en muchas ocasiones, a la comisión de conductas punibles en lugares donde el aborto es ilegal. Cabe señalar que “las implicaciones bioéticas de una interrupción espontánea del embarazo, (...) es a la que se debiera reservar el término de «aborto», es decir, cuando la interrupción del embarazo es no inducida.” (Álvarez, 2008, p. 250).

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE):

La interrupción voluntaria del embarazo es uno de los derechos reproductivos más recientes reconocidos por el ordenamiento jurídico colombiano (Ministerio de Salud, 2016), por lo cual se constituye como un derecho fundamental de las niñas y mujeres por la Corte Constitucional Colombiana a través de la Sentencia C-355 de 2006 en tres circunstancias:

- a) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer.
- b) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida.
- c) Cuando el embarazo sea el 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.

Esta figura, al ser reconocida como uno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas, está ligada a los derechos a la vida, a la salud, a la integridad personal, a estar libre de discriminación, al libre desarrollo de la personalidad y a la dignidad. El efectivo goce de este derecho debe ser garantizado por el Estado, los agentes públicos y los actores del Sistema de Seguridad en Salud e inclusive puede ser protegido por los jueces mediante la acción de tutela en caso de ser requerido. Siendo así, el hecho de que la IVE sea un derecho tiene tres significados: 1) Cualquier persona o funcionario público debe respetar la decisión de la mujer de continuar o no con el embarazo; 2) Se debe garantizar el acceso a todos los servicios de salud requeridos para una IVE; y 3) En caso de denegación o retraso del servicio se puede interponer una acción de tutela (Women's Link worldwide, 2014).

De esta manera, en la Resolución 5592 de 2015 por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS- y se dictan otras disposiciones, se incorporaron los procedimientos para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo como uno de los servicios garantizados en el plan de beneficios que tiene cualquier persona, así “Sin excepción todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben informar a su población afiliada, la red de prestadores

disponibles en el país donde se prestan los servicios de IVE.” (Ministerio de Salud, 2016, p.6). Lo anterior refiere a que todas las EPS e IPS, es decir, clínicas y hospitales, independientemente si se trata de instituciones públicas o privadas, laicas o confesionales, deben prestar el servicio de IVE si reciben recursos del Estado y tienen contratos relacionados con la salud de las mujeres gestantes, por lo cual deben tener profesionales de salud suficientes y demás personal idóneo y dispuesto para atender las solicitudes de IVE (Ministerio de Salud, 2016).

Teniendo esto en cuenta, los requisitos para solicitar el servicio de IVE varían según las causales por las cuales se busca el servicio. De ahí que se necesita un solo requisito para cada una de las circunstancias: Un certificado médico en casos de riesgo para su vida o salud (física y/o mental); un certificado médico expedido por un profesional de la salud en casos de malformaciones del feto incompatibles con la vida; y en casos de violación o incesto (Women's Link worldwide, 2014).

Después de haber aclarado las diferencias entre interrupción voluntaria del embarazo y aborto, más el logro expresado en la formulación de la Sentencia C-355/06, cabe mencionar que los avances en este fenómeno se han enmarcado en los derechos fundamentales de los seres humanos, también de los derechos humanos internacionales y las Convenciones de las cuales el Estado Colombiano haga parte, por lo cual los pronunciamientos relacionados al tema en mención serán basados en el reconocimiento, ejercicio y garantía de los derechos humanos.

5.3. Derechos humanos

La Declaración Universal de Derechos Humanos afirma que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Los derechos humanos son garantías jurídicas que protegen a los individuos y colectivos, están centrados en la dignidad intrínseca y la igualdad. Debido a la vulneración de algunos de los derechos humanos en la vida de las mujeres y niñas; Naciones Unidas (2014) plantea unos temas en la comprensión de los derechos de la mujer como la vida pública y política, la salud, los derechos sexuales y reproductivos, la dignidad, la violencia contra la mujer, la migración, la familia, la educación y el acceso a la justicia.

Dentro de los derechos sexuales y reproductivos, Lezcano y Coime (2018) contemplan el derecho a la intimidad personal, derecho a la igualdad de sexo y género y respeto a las decisiones personales en torno al número de hijos e hijas, la libertad para elegir métodos anticonceptivos y el derecho a la información veraz, completa y oportuna. Ante los derechos sexuales y reproductivos, Naciones Unidas (2014) define la salud reproductiva como un bienestar físico, mental y social, no solamente apela a la ausencia de enfermedades o dolencias, sino al bienestar y disfrute en todos los aspectos de la sexualidad: El sexo como las características genéticas. El género como el conjunto de normas de cómo deben ser y actuar las personas. La orientación y el comportamiento sexual como la atracción y las relaciones sexuales (Vargas, 2013).

La salud sexual y reproductiva de la mujer se relaciona con varios derechos humanos, como el derecho a la vida, no ser sometido a tortura, intimidación y educación. Al ser derechos humanos todos los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y velar por el ejercicio de estos. Para su cumplimiento; Naciones Unidas (2014) plantea que los servicios e instalaciones de salud deben estar disponibles, accesibles económicamente y ser de buena calidad.

Barrera (2018) considera que las vulneraciones a los derechos de la mujer están arraigadas en valores sociales frente a la sexualidad femenina, a concepciones patriarcales de las funciones de la mujer en la familia donde a menudo se valoran a partir de su capacidad reproductiva. Por esta razón en el marco de los derechos de la mujer, la autonomía reproductiva es un acto político que evidencia la capacidad cognitiva, emocional, la confianza para actuar y reconocer las creencias de los otros separada del yo. Barrera (2018) afirma que la autonomía es la posibilidad de elegir y configurar un proyecto de vida según criterios propios.

Así mismo, la decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo se entiende como una manera de ejercer autonomía reproductiva en un proceso de reflexión individual y colectiva con el fin de reducir escenarios de sufrimiento. Barrera (2018) revisa la autonomía desde tres pilares: En el primero la decisión corresponde a un criterio propio teniendo en cuenta deseos y emociones. En el segundo la decisión está relacionada con un proyecto de vida. En el tercero la mujer se ubica en un contexto y se identifican los factores que le permiten elegir o las características sociales que influyen en la decisión.

Tras este apartado, es posible comprender que el establecimiento, tanto de derechos como de normatividad en los Estados, es un reflejo de la formación y constante cambio de las sociedades, por esta razón la mirada proporcionada por la teoría ecológica de los sistemas puede ayudar a comprender la interacción y la interrelación entre sistemas y facilitará el análisis de este complejo fenómeno.

5.4. Teoría ecológica de los sistemas

El presente apartado procura comprender la interacción entre las categorías expuestas desde una perspectiva sistémica, específicamente desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner. En este sentido, uno de los aportes del modelo ecológico es comprender la importancia del contexto y la salud, reconociendo la complejidad del desarrollo de las personas que se encuentran en constante interacción con distintos sistemas (Bravo et al., 2017).

Bronfenbrenner (1987) plantea que la teoría ecológica debe observar más allá de la mera conducta de los individuos y las situaciones que los afectan de forma directa e inmediata, pues el ambiente ecológico se percibe como algo que se extiende a cada uno de los entornos de los sujetos, es decir, a los objetos y las personas con las que interactúa, la naturaleza de los vínculos y la influencia que pueden tener de forma indirecta, así como el entorno y su influencia en los sujetos, los cuales también pueden modificarse o expandirse. Por tal motivo “pensar en términos de

ecología significa advertir la interdependencia de los sistemas que nos rodean (...). Significa también pensar en red, pensar acerca de la complejidad y de la producción de la subjetividad social en los más diversos contextos y eventos” (Castellá, 2008, p. 31). Si bien esta teoría toma varios conceptos plasmados en las ciencias sociales que no son novedosos como rol, entorno, red social, cultura, entre otros; Bronfenbrenner (1987) expone que el aspecto que varía es que estudia cómo los sistemas del que hacen parte las personas (familia, amigos, la sociedad, la cultura, la moral), se interrelacionan entre sí e impactan directamente el desarrollo psicológico.

En el paradigma ecológico busca una visión holística de la realidad, analizando el contexto en el cual se encuentran inmersas las personas (Castellá, 2008). Y además, supone un campo fenomenológico, ya que no solo comprende el contexto y la realidad de los individuos, también considera el cómo perciben y entienden el ambiente las personas (Bravo et al., 2017). En este sentido, es importante comprender a la persona, no como un contenedor vacío en el cual el ambiente incide en él, sino como una entidad dinámica, cambiante y creciente, que va construyendo y reconstruyendo constantemente el medio en el que se encuentra. Por ello, se considera que el sujeto y el ambiente constituyen una interacción bidireccional, en donde se genera un proceso de adaptación mutua y de reciprocidad (Bronfenbrenner, 1987).

Para comprender los diferentes sistemas que se interrelacionan entre sí, Bronfenbrenner crea lo que él llama unas estructuras concéntricas, en las cuales se encuentran los sistemas y subsistemas que conforman el ecosistema del desarrollo humano. Estas estructuras se encuentran contenidas en la siguiente y son denominadas microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema, los cuales se describirán a continuación (véase Figura 1).

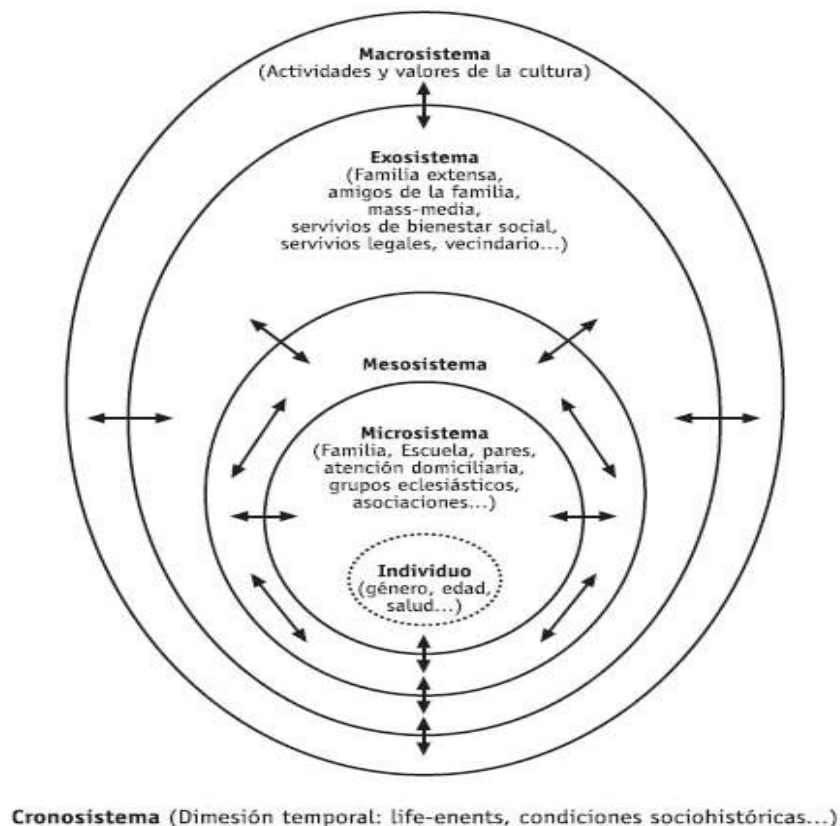


Figura 1. Representación gráfica del modelo ecológico del desarrollo humano.

Tomada de: Crego, A. (2003). Los orígenes sociales de la conciencia: un Marco Teórico para la Salud Mental. [Figura]. Recuperado de:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000400006

En primer lugar, en el centro de la estructura se encuentran las características individuales de la persona, en el que se hallan la edad, sexo, los significados y las percepciones que tienen con respecto a su realidad, entendiendo esto como las interpretaciones y comprensiones que la persona tiene de su entorno, por medio de los sentidos y las vivencias dadas en un contexto específico y que a su vez permite crear unos significados de la realidad social e histórica en el que se encuentra ((Merleau, 1945, como se citó en Salas, 2020). Así mismo, se puede encontrar los saberes que la persona ha adquirido y sigue adquiriendo, así como las motivaciones. Esta última se define como aquella compleja integración de procesos psíquicos que impulsan las actividades de las personas hacia determinadas metas para así generar satisfacción, así pues, la motivación se encuentra ligada a los procesos afectivos, como emociones, sentimientos, pensamiento y comportamiento (González, 2008).

En segundo lugar, Bronfenbrenner (1987) define el microsistema como “un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares” (p. 41). Este entorno consiste en el ambiente inmediato de la persona, como el hogar, la familia, la escuela, los pares de

amigos, la iglesia, el trabajo y todas aquellas relaciones interpersonales en la cual se desenvuelve el individuo, es decir, el microsistema es el sistema que se considera más cercano a la persona y con quien puede interactuar de forma más fácil cara a cara (Bronfenbrenner, 1987). Uno de los contextos al cual el individuo tiene mayor contacto es la familia, aquel considerado como uno de los núcleos fundamentales, al ser el primer grupo social al que pertenecemos (junto con la escuela), se consideran unos de los pilares de formación en la sociedad ya que, por medio de estos se construye el tejido de sentimientos, valores y creencias que servirán como base para que se generen espacios de interacción entre los demás sistemas (Bravo et al., 2018).

En tercer lugar, el mesosistema se entiende como “las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente, por ejemplo (...) para un adulto, entre la familia, el trabajo y la vida social” (Bronfenbrenner, 1987, p.44). Es decir, se genera una relación entre dos o más ambientes que pueden ampliarse o modificarse, dependiendo de la interacción y la participación activa que tenga el individuo, como el trabajo, la familia, la iglesia, el sistema de salud y son por medio de estos espacios que permiten que la persona desarrolle su vida (Castellá, 2008). Como expone Bravo et al. (2018), se trata de distintos microsistemas que permiten que la persona se movilice entre diferentes ambientes y que se genere un vínculo primario o conexión entre ellos. Estos vínculos permiten que se genere apoyo social por parte de las personas, como el apoyo que puedan brindar los vecinos o los amigos. Estas interconexiones se pueden observar también, no solo por medio del contacto directo entre personas, sino también por medio de comunicaciones informales y formales entre entornos, por teléfono, libros, e incluso se puede observar de manera fenomenológica el grado de relación que haya entre un entorno y otro, las actitudes que se pueden encontrar en la interacción del individuo en un entorno con respecto al otro, entre otros (Bronfenbrenner, 1987).

Teniendo en cuenta que cada sistema se encuentra en constante relación con el otro, es necesario considerar que los microsistemas pueden generar una influencia directa en el sujeto, sin embargo, no todos los sistemas influyen directamente en el sujeto, existen otros ambientes que permean en la conducta de forma indirecta aún si este no participa directamente en el sistema. Como ejemplo de esto se encuentra el estrés que puede generar el trabajo de los padres y que influyen en las relaciones familiares, o las instituciones políticas y de la salud que hace parte del mesosistema y que ejercen una influencia en la calidad de atención en las personas (Castellá, 2008). Estos sistemas del cual los individuos no hacen parte, más sin embargo ejercen una influencia indirecta en ellos se le denomina exosistema, Bronfenbrenner (1987) se refiere a este como uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que sucede en ese entorno.

El sistema que conecta y atraviesa los otros sistemas de menor a mayor (micro-, meso-, exo-) se le conoce como macrosistema, este “se refiere a las correspondencias en forma y contenido (...), al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias” (Bronfenbrenner, 1987, p.45). El autor se refiere

a esto a aquellos patrones que se han instaurado por medio de imaginarios ideológicos, así como la organización de las instituciones sociales y se generan en los diferentes sistemas antes mencionados. Estas correspondencias, como Bronfenbrenner lo llama, pueden marcar las pautas que permiten distinciones entre una sociedad y otra, o entre un individuo o un grupo de individuos, en relación con otros dentro de una misma sociedad, ejemplo de esto podrían ser los pobres y ricos (Bravo et al., 2018).

En este sentido, el macrosistema se refiere a la cultura en su totalidad, es decir, a las diferentes subculturas que lo conforman, las políticas educativas y económicas, los valores y tradiciones. Estos sistemas más amplios de creencias culturales, valores, tendencias políticas, al ser parte intrínseca de la sociedad generan un gran impacto en la vida de las personas y en la sociedad en general, por consiguiente, si dentro de algunos de estos esquemas o sistemas se genera un cambio aparente o se modifica, como por ejemplo, un cambio en el papel de las políticas o recursos del sistema, todos los demás ambientes se verán interpelados por este cambio (Castellá, 2008). En palabras de Bronfenbrenner (1987) “Después de habernos sido presentada la estructura del ambiente ecológico, ahora estamos en condiciones de identificar un fenómeno general de movimiento a través del espacio ecológico, un fenómeno que es producto y a la vez productor de cambios de desarrollo” (p. 45).

Con todo lo anterior, el autor para aclarar esta idea parte de comparar los esquemas de diferentes países, así pues, la escuela, la oficina, un café, un parque de juegos, parece que se encuentran contruidos con los mismos esquemas, no obstante, si se observa más allá del microsistema, las relaciones entre escuelas, familias, trabajos son diferentes entre países. Lo mismo pasa si se compara en el país o sociedad, el hogar de un rico o un pobre o la manera en la cual se esquematizan sus relaciones, pues incluso entre los mismos sistemas varían los grupos sociales, económicos, religiosos; son estos los que a su vez conservan, organizan, sostienen y subyacen a los fenómenos psicológicos existentes (Bronfenbrenner, 1987).

Finalmente, en estudios posteriores, Bronfenbrenner postula un nuevo sistema conocido como cronosistema, que engloba los demás sistemas; es la dimensión temporal en el cual el sistema se encuentra inmerso, como lo sería el contexto histórico de los individuos y los cambios que suceden a través del tiempo en los diferentes sistemas. Así el cronosistema considera que el tiempo es igual de importante para el desarrollo humano como el ambiente, y los cambios que se generen a lo largo del tiempo se encuentran relacionados con las relaciones entre las personas y el ambiente, alterando y transformando las dinámicas, tanto de forma directa, como indirecta, estos cambios pueden darse a nivel estructural o individual y tienen la capacidad de transformar y movilizar tanto al individuo como a la sociedad misma (Bravo et al., 2018).

En este punto, la mirada frente al proceso de IVE tendría que contemplar la interacción entre los sistemas previamente explicados, pues se ampliará la visión que se tiene respecto al servicio de salud, se podría comprender qué papel juegan las creencias culturales, las reformas constitucionales, la estandarización de protocolos de salud, entre otros, en la vida de las mujeres

que acceden o no al servicio. Esto remite a pensar sobre las funciones que tiene el personal de salud, las barreras psicosociales durante el proceso y el papel que la psicología tiene en el IVE.

5.5. Funciones del personal de la salud

El proceso de IVE cuenta con tres momentos: 1) Atención previa. 2) Métodos de IVE y 3) Atención posterior y seguimiento. El primer y tercer momento es el área de trabajo de los psicólogos o trabajadores sociales. Sin embargo, el personal de salud (médicos, enfermeros y auxiliares) y el personal administrativo de la institución son de suma importancia en la atención y acompañamiento de la IVE. UISALUD (2019) plantea que un profesional de medicina general está en la capacidad de identificar las causales, verificar el cumplimiento de los requisitos para cada una de ellas y expedir el certificado correspondiente.

En la atención previa al IVE, la OMS (2012) especifica que al iniciar el proceso se debe precisar la edad gestacional para determinar el método y el uso de antibióticos, se debe brindar información completa, precisa y fácil sobre qué esperar durante y después del procedimiento para ayudar a la toma de una decisión con un consentimiento voluntario, y se debe brindar información sobre el uso de métodos anticonceptivos.

En los derechos humanos se evidenció que la toma de decisiones y la autonomía están relacionadas con la información y claridad de los procesos, ante la pregunta ¿Qué información se debe brindar en la atención previa al IVE? La OMS (2012) en el Manual de Práctica Clínica para un Aborto Seguro propone que como mínimo el proceso de información debe incluir: los métodos para la IVE y las opciones de manejo del dolor antes, durante y después del procedimiento, los síntomas que puede llegar a experimentar la mujer, por ejemplo, el dolor, cómo reconocer complicaciones y cuánto tiempo le tomará reintegrarse a sus actividades y en caso de necesitar documentos jurídicos tener claridad sobre los mismos.

A diferencia de los lineamientos internacionales, en Colombia no se usa la palabra consejería por sus connotaciones de adoctrinamiento, en nuestro contexto se utiliza la palabra asesoría y acompañamiento en la toma de decisiones. El Ministerio de Salud (2014) contempla dentro de la asesoría: la educación y promoción en salud según sus necesidades y las causales, así mismo debe comprender el derecho a la IVE, las causales, la sentencia y requerimientos para acceder a ella, los métodos quirúrgicos para la IVE y cuidados posteriores.

La OMS (2012) describe que la asesoría es un proceso voluntario dirigido a las mujeres para recibir información adicional y orientación de una persona capacitada en un entorno propicio para compartir maneras de pensar, sensaciones y percepciones. Aunque en esta guía no se mencionan las emociones, UISALUD (2019) plantea que la orientación debe brindar un acompañamiento emocional para que la mujer hable sobre cómo se siente. Este momento debe brindar toda la información requerida en un lenguaje sencillo, mantener la privacidad y dar una respuesta adecuada a las preguntas de la mujer evitando juicios de valor, sesgos o creencias. Se

deben revisar los significados, ideas y emociones involucrados en la vivencia y las herramientas para afrontar la situación. UISALUD (2019) afirma que la orientación es una revisión de la toma de decisiones, e incluye la identificación de conflictos.

Los conflictos a los que se enfrentan las mujeres y los profesionales según Perrucci (2014) son: Emocionales como la culpa, pérdida y dolor, los cuales pueden afectar la salud emocional de la mujer. Espirituales como las creencias religiosas donde la decisión se considera un problema o en contra de alguna doctrina religiosa. Morales, en el cual las mujeres consideran que una interrupción del embarazo es igual a matar y va en contra de todo lo moralmente aceptado según su criterio. Durante el proceso se evidencian sentimientos ambivalentes, es decir, sentimientos diferentes ante la misma situación.

La estructura ideal del asesoramiento según Perrucci (2014) debe contar con un carácter flexible centrado en la mujer y revisar el contexto que el IVE tiene, teniendo en cuenta la comodidad y voluntariedad de la mujer en la toma de la decisión, caracterizar el apoyo social con el que cuenta y valorar la capacidad de afrontamiento futuro.

La orientación para la IVE es un proceso de comunicación que busca el bienestar físico y mental de la mujer durante la toma voluntaria de una decisión informada en el marco de los derechos. Para este proceso el Ministerio de Salud (2014) planteó los siguientes procesos: La presentación del tiempo del encuentro, rol del orientador, objetivos y marco de derechos humanos. La exploración y valoración de sentimientos y necesidades de la mujer respecto a su embarazo. El abordaje de conflictos. La identificación de estrategias de afrontamiento, herramientas emocionales y cognitivas para una mejor adaptación emocional. La valoración de redes de apoyo. La consideración de alternativas de manera imparcial frente al embarazo (continuar, IVE o adopción). La retroalimentación y re-enfoque de la situación para resaltar los aspectos positivos de la decisión, referenciar los recursos y recordar la perspectiva de derechos. Y el cierre donde se resuelven inquietudes o requerimientos adicionales.

Para validar y poder continuar con el proceso de IVE es necesario que el personal médico haya revisado los antecedentes médicos y los exámenes físicos o los estudios de laboratorios necesarios y disponibles junto con un plan de métodos anticonceptivos.

Los métodos del IVE varían según las semanas de gestación, el Ministerio de Salud (2014) establece que hasta la semana 12 el proceso puede ser médico mediado por medicamentos y a partir de esa semana se realiza una intervención quirúrgica. Dado que todos los procedimientos y su atención implican el contacto con sangre y líquidos corporales se deben aplicar las precauciones normalizadas para la prevención y control de infecciones. El Ministerio de Salud (2014) establece para el personal médico las precauciones estándar y la técnica aséptica con las mujeres.

Casi todas las mujeres presentan algo de dolor y calambres, el Ministerio de Salud (2014) afirma que el descuidar este elemento tan importante aumenta innecesariamente la ansiedad en la mujer, lo cual puede alargar o comprometer la atención. El dolor puede variar en su intensidad,

frecuencia y percepción, el personal médico debe conocer los antecedentes médicos de la mujer para utilizar métodos farmacológicos y no para reducir el dolor.

Algunas opciones de manejo del dolor planteados por el Ministerio de Salud (2014) se dividen en dos: frente al proceso médico se recomienda mantener una comunicación respetuosa, apoyo verbal y una explicación minuciosa sobre qué esperar y una bolsa de agua caliente. Ante el proceso quirúrgico también se recomienda una comunicación respetuosa sin juicios de valor, técnica operatoria delicada, informar cada paso del procedimiento (si la mujer lo desea), alentar a respirar profundamente, escuchar música y una bolsa de agua caliente. En el documento citado se pueden encontrar los medicamentos pertinentes y sus respectivas recomendaciones.

En la atención posterior al IVE y el seguimiento la mujer puede sentir ansiedad, miedo o aprensión, la ansiedad puede aumentar la sensibilidad al dolor (Ministerio de Salud, 2014). Una mujer muy ansiosa puede moverse durante el procedimiento comprometiendo su seguridad. Villalba (2016) argumenta que es necesario un apoyo emocional a la mujer si las experiencias y emociones así lo requieren.

En términos generales según el modelo de atención integral por parte del personal médico o profesionales en el postaborto, la orientación y la asesoría busca ayudar a la mujer a aclarar sus pensamientos y sentimientos respecto a la IVE y brindar apoyo psicológico. Como segunda línea de trabajo se propone identificar las necesidades físicas y mentales, así como los factores que pueden afectar la salud sexual y reproductiva de la mujer para buscar los servicios correspondientes en caso de ser necesario. Las recomendaciones y precauciones explicadas a lo largo de este apartado en ocasiones se ven obstaculizadas por barreras (antes, durante y después) del procedimiento, poniendo en riesgo el bienestar de la mujer, sus derechos fundamentales y su vida.

5.6. Barreras psicosociales

Se entiende por barrera el conjunto de conductas que por acción o por omisión, constituyen limitaciones u obstáculos para que las mujeres accedan de manera efectiva al IVE en el servicio de salud. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres en una investigación realizada por González y Castro (2016) agrupan las barreras psicosociales en tres categorías: 1) Desconocimiento del marco legal, 2) Interpretación restrictiva del marco legal, 3) Fallas en la prestación del servicio de salud.

Barreras de “Desconocimiento del marco legal”

La falta de conocimiento de la sentencia C-355/06 y de los desarrollos jurisprudenciales posteriores se evidencia según González y Castro (2016) cuando los prestadores, profesionales de la salud, operadores de justicia y funcionarios del sector de protección carecen de información o no tienen en cuenta las decisiones judiciales. Ante estas acciones de omisión se produce un desacato y se viola el derecho a las mujeres de contar con información suficiente, adecuada y pertinente que les permita ejercer en libertad sus derechos sexuales y reproductivos. En la

investigación realizada por La Mesa (2016) evidenciaron que el 73,7 % de los casos atendidos por ellos, los profesionales y las mujeres no contaban con la información sobre la sentencia.

Respecto a la violación normativa sobre los derechos de las mujeres frente al IVE se presenta cuando los actores institucionales responsables del proceso de solicitud, acceso y garantía desconocen o desestiman los postulados judiciales frente a los derechos que tienen las mujeres. En González y Castro (2016) se evidencian algunos casos que ejemplifican lo siguiente: el desconocimiento del derecho a la intimidad y dignidad, la desatención a la información veraz e imparcial, la desestimación del derecho al diagnóstico y tratamiento oportuno cuando no se implementan las disposiciones legales relativas al tiempo y la celeridad del proceso de solicitud y acceso.

Las barreras psicosociales en el área de la salud se evidencian cuando la respuesta a la solicitud de IVE supera el número de días establecidos por las disposiciones legales o cuando las instituciones prestadoras de servicios no cuentan con un protocolo de diagnóstico, o con redes de servicios para la atención de las mujeres que solicitan una IVE. Como lo evidencia La Mesa (2016) los profesionales de salud no reconocen certificaciones médicas sobre el riesgo a la salud o a la vida proveniente de entes de salud externos o los prestadores de salud se niegan a recibir la denuncia de un delito en casos de violencia sexual. En el área de justicia, González y Castro (2016) afirman que en algunos casos los funcionarios judiciales se niegan a recibir o fallar a favor de una acción de tutela con el fin de realizar una IVE.

Barreras de “Interpretación restrictiva del marco legal”

La solicitud de requisitos adicionales a los contemplados por la Corte Constitucional (Sentencia T-988 de 2007 y la Sentencia C-355 de 2006) más frecuentes y que constituyen en barreras son la solicitud de una autorización por un tercero como un cónyuge o pluralidad de médicos, la realización de una junta médica para la revisión o aprobación de la solicitud, González y Castro (2016) también refieren la solicitud de exámenes de salud practicados de manera inoportuna (dilatación del proceso), y algunas instituciones exigen órdenes judiciales, debido a estas barreras algunas mujeres optan por procesos privados.

La limitación en la prestación con fundamento en la edad gestacional se presenta cuando los profesionales de salud aducen el número de semanas gestacionales como un obstáculo para realizar la IVE. En Colombia no existe límite de edad gestacional para la IVE, sin embargo este argumento es recurrente cuando se pretende denegar la prestación del servicio. Houghton (2014) y colaboradores afirman que la mayoría de IVE en Colombia suceden en el primer trimestre, con cifras de 40.000 mujeres al año y después del primer trimestre (semana 20) con cifras de 8.000 mujeres al año. Aunque es una minoría las autoras comprenden la complejidad y la problemática del embarazo no deseado y los servicios de salud.

Adriasola (2013) organizó los alcances y límites de la objeción de conciencia y llegó a los siguientes puntos: Las instituciones tienen la obligación de contar con personal que no objeta la prestación del servicio de IVE, pero la contratación específica del personal no debe vulnerar los derechos laborales y es legítima. En caso de que sea imposible contratar personal no objetor se deben dar alternativas y derivar a la mujer a otra institución. En el marco legal del derecho colombiano, en el artículo 18 de la Constitución Política (1991) se garantiza la libertad de conciencia y nadie debe ser molestado por razón de sus convicciones o creencias o a actuar en contra de su voluntad. Sin embargo, en un estudio realizado por Meneses (2016) la objeción de conciencia no es conciliable en casos donde la vida de la mujer corra riesgo o donde no exista la posibilidad de llevarla a otro centro médico. En los lineamientos de la sentencia C-355/06 y una guía realizada por Profamilia y Católicas por el derecho a decidir (2019) se concluye que la objeción de conciencia es un derecho que sólo puede ejercer el personal médico que interviene de forma directa en el procedimiento de IVE, por ello no es posible su ejercicio de manera institucional, administrativos o de preparación.

En la interpretación restrictiva de la causal salud se evidencia cuando los profesionales de la salud, operadores de justicia y funcionarios del sector protección realizan una comprensión sesgada o limitada del concepto de salud que incorporó la Sentencia C-355. Este problema es mucho más grave cuando la desinformación se genera desde las mismas instituciones encargadas de garantizar los derechos de las mujeres. El Ministerio de Salud (2014) también considera las desigualdades socioeconómicas como una barrera ya que no todas las mujeres pueden tener acceso a las mismas posibilidades y recursos para decidir sobre su sexualidad y reproducción.

Barreras de “Las fallas en la prestación del servicio de salud”

La denegación de certificaciones y autorizaciones médicas se presenta cuando los profesionales de la salud se niegan a entregar o recibir documentos, por ejemplo, certificados de malformación fetal incompatible con la vida, afectación a la salud o vida de la mujer. González y Castro (2016) exponen algunos casos donde se niegan autorizaciones para exámenes médicos requeridos para solicitar el proceso de IVE. Los certificados médicos son un requisito legal que busca enmarcar en un caso una causa legal para el procedimiento. La violencia y malos tratos a las mujeres se evidencian en actitudes de rechazo, menosprecio y enjuiciamiento por parte de los profesionales. González y Castro (2016) incluyen la violencia obstétrica o tratos deshumanizantes (manejo inadecuado del dolor).

En los casos de dilatación injustificada de la prestación del servicio de IVE se le suele indicar a las mujeres que deben regresar en unos días, llamar la próxima semana o esperar que la institución se comunique con ellas. El temor, el miedo puede desestimular a muchas mujeres a continuar en los servicios de salud y puede llevarlas a servicios clandestinos y peligrosos o a una autoinducción de la interrupción del embarazo (Ministerio de Salud, 2014).

Las fallas administrativas frente a la falta de protocolos internos se evidencian cuando las instituciones de salud no tienen una ruta de atención definida para las solicitudes de IVE. Así mismo, no existe claridad acerca de los trámites administrativos, códigos de los procedimientos o de los prestadores disponibles para atender a las mujeres. Cuando hay fallas en el sistema de referencia y contra referencia, González y Castro (2016) se refieren a la dirección de mujeres a diferentes instituciones y no se asegura el acceso al procedimiento ni el nivel de atención, el traslado de institución a institución impide una respuesta oportuna para la solicitud. Ante la falta de entrenamiento médico para realizar el procedimiento esta barrera se origina desde la propia formación médica y se refuerza en las instituciones quienes no ofrecen la capacitación necesaria.

Como se evidencia dentro de este apartado, las mujeres en Colombia frecuentan una multiplicidad de barreras para acceder a los servicios de IVE, lo cual vulnera el ejercicio de sus derechos y dignidad poniendo en riesgo su integridad. En algunas ocasiones se considera necesaria la valoración y el acompañamiento psicológico, sin embargo, esta debe iniciar de manera inmediata y no debe constituir otra barrera de acceso al servicio de IVE.

5.7. Papel de la Psicología en la IVE

El presente apartado enfatiza el papel de la psicología en la IVE, mencionando tanto los efectos psicológicos que este evento tendría sobre las mujeres, como exponiendo las actuaciones de asesoría y acompañamiento que se relacionan con la psicología; es preciso mencionar que no se ha encontrado gran desarrollo de estos aspectos en este fenómeno desde esta ciencia.

Primero que todo, los efectos psicológicos de una IVE se relacionan con procesos cognitivos, afectivos y motivacionales y, tomando en cuenta también que este continúa siendo un fenómeno que pone en conflicto valores personales, sociales, religiosos, de género, maternidad, entre otros. De esta manera, cuando se rechaza o condena el aborto, el impacto hacia la mujer es mayor por el acto cometido y se presentan reacciones emocionales que intervienen y desestabilizan psicológicamente a las mujeres que abortan. En relación con esto último, algunos estudios realizados (Salas, 2020) demuestran que el proceso de percepción corresponde a un asunto individual con diferentes sensaciones e impresiones de acuerdo con las condiciones expuestas a la hora de someterse al procedimiento.

Para ejemplificar lo anterior, se ha observado que las mujeres que solicitan la atención postaborto experimentan emociones especiales por la pérdida del embarazo o por la decisión que tomaron ante un embarazo no planificado. Dicha pérdida podría generar sentimientos de fracaso por la imposibilidad de llevar el embarazo a término, y sentimientos de ansiedad ante la expectativa de embarazos futuros. Por el contrario, el Ministerio de Salud (2014) menciona que la mujer que decidió interrumpir el embarazo podría experimentar duelo, culpabilidad y ansiedad. En los dos casos es importante que la mujer reciba orientación, asesoría y apoyo emocional adecuados a lo largo del proceso.

Según estudios recientes (Lezcano y Coime, 2018; Salas, 2020; Women 's Link Worldwide, 2014), las mujeres que presentan un embarazo no planeado y tienen un aborto seguro durante el primer trimestre de gestación no presentan un riesgo mayor para la salud mental que las mujeres que deciden continuar el embarazo. Se ha dicho que el aborto podría generar alivio del estrés asociado con el embarazo no deseado. Sin embargo, en algunos casos en que a la decisión de abortar se le añaden estigmas sociales o religiosos, o en los que la mujer se ve obligada a mantener en secreto su decisión o no cuenta con una red de apoyo, se podría generar un estrés adicional que no depende directamente del aborto sino de situaciones desfavorables que lo puedan acompañar (Ministerio de Salud, 2014).

La Ley 1090 de 2006 rige el ejercicio de la Psicología en Colombia, dentro de este marco les otorga la facultad para expedir certificados de salud integral a las personas. Según la Sentencia T- 209 de 2008 se estipula que “Los profesionales de la salud en todos los niveles tienen la obligación ética, constitucional y legal de respetar los derechos de las mujeres” (Women 's Link worldwide, 2014, p. 67). Cabe añadir que si el profesional de la salud (médico, ginecobstetra, etc.) considera necesaria la valoración por algún especialista o psicólogo/a, debe remitir inmediatamente a la mujer evitando que estas dudas se constituyan como barreras para la prestación del servicio (Ministerio de Salud, 2014).

Llegados a este punto, a partir de la revisión de los protocolos realizados por el Ministerio de Salud en los años 2014 y 2016, se indicarán aquellos aspectos que se considera guardan relación con la Psicología dentro de lo estipulado hasta el momento para la atención y prestación del servicio de IVE.

Existe el primer nivel de atención (nivel administrativo), en donde se tratan temas conceptuales, de sensibilización y clarificación de valores, derechos humanos, fundamentos del marco constitucional, legal y normativo del derecho a la interrupción del embarazo. En un segundo nivel (nivel asistencial), se tratan aquellos temas técnicos: modelo integral para la atención de la IVE y técnicas modernas para la interrupción del embarazo.

Por otra parte, el modelo integral de atención para la IVE, el cual “sugiere la formación de equipos interdisciplinarios con el fin de lograr una capacitación integral y garantizar la posterior prestación de servicios también en forma integral.” (Ministerio de Salud, 2014, p. 106); por lo cual le correspondería a cada entidad la decisión sobre el número de capacitaciones necesarias para que se considere que participaron todos los responsables de la prestación del servicio, considerando que se recomienda grupos máximos de 20 personas conformadas, preferiblemente, por igual número de hombres y mujeres.

No obstante, es posible notar que dentro de la orientación y asesoría en las rutas de atención consultadas, se trabajarán temas relacionados con la psicología más no necesariamente ejercidos por profesionales de esta carrera, como se explicará posteriormente. Se dice que la orientación y asesoría responde a las necesidades de salud emocionales y físicas de la mujer en esta situación

tan particular para ellas. El personal que atiende en estas fases de orientación y asesoría puede ser brindada por psicólogos o trabajadores sociales o según el Ministerio de Salud (2014) cualquier profesional de la salud (enfermeros/as, auxiliares de enfermería o médicos) con capacitación suficiente en derechos sexuales y derechos reproductivos.

Dentro de esta orientación y asesoría se debe ayudar a la mujer a aclarar sus pensamientos y decisiones respecto a su embarazo, su necesidad de tratamiento de Atención Post Aborto (APA) como consecuencia de un aborto espontáneo o inducido, la conducta médica a seguir y las posibles implicaciones de la situación actual sobre su futura salud sexual y reproductiva. Además, se deben identificar las necesidades físicas y psicológicas de la mujer y remitir a los servicios correspondientes. Según los protocolos de atención mencionados, se explicita la importancia de que durante la APA se le ofrezca a cada mujer una sesión de orientación formal llevada a cabo por personal de salud debidamente capacitado; esto último no es obligatorio, ni constituye un prerrequisito para la atención de la mujer.

Posteriormente, en cada fase específica del proceso se resaltan las actuaciones que se consideran como temáticas relacionadas a la psicología. Así, en cuanto a la consulta inicial es fundamental la inclusión de una valoración de la salud mental y del estado emocional, “La Corte Constitucional reconoce que todo/a médico/a está capacitado/a para valorar este riesgo y por lo tanto no es necesario que la certificación sea hecha por un/a especialista para aplicar la causal.” (Ministerio de Salud, 2014, p. 40). Respecto a la historia clínica, se resalta que también se debe incluir la valoración de sus condiciones psicosociales previas y la posible afectación que el embarazo cause o esté causando en ellas al momento de la consulta, explorando temas como tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de pareja.

En la orientación y asesoría se pretende acompañar a la mujer en su situación desde la perspectiva de derechos, generando condiciones que faciliten tomar decisiones en salud sexual y reproductiva por medio del apoyo emocional, la reflexión y la información según su contexto. Dicha orientación debe ser un acompañamiento emocional que genere un ambiente propicio para que la mujer exprese su sentir frente al proceso e identifique sus condiciones personales, familiares y sociales. Durante esta fase, se deben revisar las herramientas de las que ella dispone para enfrentar la situación, al igual que sus valores y creencias. En este espacio se debe asegurar la privacidad y la confidencialidad por medio de la protección de la información que sea revelada. Es imperativo “verificar cualquier tipo de coerción o situación de vulnerabilidad que requiera apoyo particular para la mujer.” (Ministerio de Salud, 2014, p. 45), puesto que en caso de coerción, se deberá hablar con la mujer en privado y seguir los protocolos institucionales y las normas que garanticen su seguridad, sus derechos a la autonomía y libertad. Algunas mujeres se acercan a solicitar la IVE luego de una decisión segura y no requieren orientación, por consiguiente, se debe respetar su voluntad.

De igual manera, para los casos en que las mujeres hayan sido víctimas de una violación, el personal deberá remitirla para recibir un apropiado asesoramiento y tratamiento después de la

IVE según lo establecido en la norma (Ministerio de Salud, 2014). En casos de mujeres menores de 14 años y/o adolescentes, se necesita un ambiente propicio de apoyo, en el cual puedan expresar libre y cómodamente sus necesidades y sentimientos sin ser juzgadas ni acalladas. Estos documentos y protocolos emitidos por el Ministerio de Salud (2014-2016), enfatizan en que si el proceso de atención brindado a la mujer se dio en condiciones de apoyo, es altamente probable que ella se sienta tranquila y pueda retornar a su rutina diaria y continuar con el funcionamiento de su vida de manera usual y con bienestar.

6. Metodología

El modelo metodológico que se utilizó en el presente estudio es de tipo cualitativo con diseño descriptivo-exploratorio, ya que el principal interés es el acercamiento a la comprensión del papel de la psicología y la importancia del acompañamiento psicosocial a las mujeres en el proceso de la IVE. Por lo anterior, al tratarse de una investigación que busca identificar dichas características de la problemática antes planteada, el análisis cualitativo descriptivo resulta pertinente “para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones” (Spradley, 1980, citado por Rodríguez, Lorenzo y Herrera, 2005). Así mismo, se considera exploratorio puesto que, en el campo investigativo latinoamericano, específicamente el colombiano, el abordaje de la psicología en temas de salud sexual y reproductiva así como la indagación sobre los elementos que aporta lo psicosocial a esta problemática, es poco estudiada.

Teniendo en cuenta lo anterior y con el propósito de cumplir con los objetivos de la investigación, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas, debido a que ofrecen una mayor flexibilidad en comparación con la entrevista estructurada; a pesar de que parten de preguntas planeadas, a medida que se desarrolla la conversación, se pueden ir ajustando las preguntas a las interpretaciones que dan los entrevistados con respecto a los objetivos de la entrevista (Díaz et al., 2013).

Para el desarrollo del guion, así como la elaboración de las preguntas se plantearon las siguientes categorías: caracterización sociodemográfica, diferencias entre IVE y aborto, normatividad en el IVE, Experiencias laborales de ellas en el ámbito, Percepciones del IVE, barreras psicosociales en el IVE y papel de la psicología. De las categorías nombradas anteriormente, se desprendían aquellas preguntas consideradas relevantes para conocer la experiencia y el conocimiento que han tenido alrededor del acompañamiento a procesos de interrupción del embarazo.

Las entrevistas se realizaron a cuatro mujeres profesionales, tres de ellas son psicólogas y una es antropóloga. La selección de las participantes se dio por medio de un muestreo no probabilístico desde el método de búsqueda selectiva con criterios de inclusión, teniendo en cuenta su aceptación explícita para participar por medio del consentimiento informado (Arias, Villasís y Miranda, 2016). Los criterios para su selección fueron los siguientes: tener un acercamiento al tema a investigar desde su práctica profesional, es decir, que hayan trabajado o investigado en este

ámbito en Bogotá D.C. Sumado a esto, otro de los criterios de inclusión es que cada una de ellas tuviera un punto de vista direccionado hacia un enfoque de derechos y un enfoque de género dentro de su quehacer profesional.

En primer lugar, se realizaron las entrevistas (individuales) semiestructuradas las cuales fueron grabadas en audio para luego ser transcritas literalmente. En la entrevista se hizo un acercamiento a su recorrido académico y profesional como parte de las preguntas generales para conocer sus acercamientos al tema y los enfoques desde donde se han situado para acompañar estos procesos, posteriormente se orientó la entrevista en torno a las categorías antes mencionadas que permitieron recolectar los datos necesarios.

Posteriormente, y teniendo en cuenta los datos recolectados se diseñó un formato de matriz, con el fin de analizar cada una de las entrevistas anteriormente transcritas, la tabla se dividió en las categorías de análisis, en conjunto con sus subcategorías, y en el nombre de cada una de las participantes. Es decir, se realizó un proceso de codificación abierta axial en el cual se utilizan diversos procedimientos para poder interpretar los datos, todo ello desde la conceptualización, descomposición de los datos, elaboración y realización de los mismos, analizando los segmentos de las entrevistas; en palabras de Strauss y Corbin (2002) “la conceptualización es el proceso de agrupar puntos similares de acuerdo con algunas propiedades definidas y darles un nombre que represente el vínculo común. Al conceptualizar, reducimos grandes cantidades de datos a partes más pequeñas y manejables de datos” (p.133). Y es axial en cuanto a que el proceso relaciona las categorías a subcategorías, permitiendo que la codificación se de en torno al eje de una categoría, enlazándolos a sus propiedades y dimensiones, reagrupando los datos que se pudieron haber perdido en la codificación abierta formando explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos (Strauss y Corbin, 2002).

Finalmente, al tener la sistematización de las entrevistas ya realizadas, se llevó a cabo un análisis contrastando los resultados de cada una de las participantes en relación con cada una de las categorías y subcategorías, plasmando de forma concisa la información hallada, permitiendo reflejar las experiencias subjetivas que cada una de ellas tienen alrededor de este tema y la relevancia investigativa y conceptual de la misma.

Cabe añadir que esta investigación se ubica desde el paradigma de la Teoría Crítica, en donde las investigadoras se encuentran vinculadas interactivamente con el fenómeno estudiado, por lo que los hallazgos estarían mediados por valores (Guba y Lincoln, 2002); con esta precisión, los criterios para la teoría crítica corresponden a la colocación histórica de la investigación, tomando en cuenta los antecedentes políticos, sociales, culturales, económicos, étnicos y de género del fenómeno investigado; “el grado al cual la investigación actúa para erosionar la ignorancia y los conceptos erróneos” (Guba y Lincoln, 2002, p.22); el grado en que proporciona estímulos para la acción, para la transformación de la estructura existente (Guba y Lincoln, 2002).

A partir de Castillo y Vásquez (2003), se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de calidad científica en estudios cualitativos: 1) Credibilidad, la cual se logra cuando los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que hayan estado en contacto con el fenómeno abordado, y en este estudio se garantizó por medio de la triangulación de la información con otras fuentes, usando transcripciones textuales de las entrevistas para respaldar los significados e interpretaciones, discutiendo las experiencias propias en relación con lo narrado por las participantes. 2) Auditabilidad/ Confirmabilidad, entendido como la habilidad de otro investigador para replicar la ruta y metodología del investigador original, y pueda llegar a conclusiones similares al original siempre y cuando tengan perspectivas afines. 3) Transferibilidad/ Aplicabilidad, se entiende como la posibilidad de examinar qué tanto se ajustan los resultados a otros contextos, lo cual se evidencia al usar el modelo ecológico de Bronfenbrenner que permite observar y estudiar un fenómeno según los sistemas que confluyen a su alrededor.

En dichos criterios de calidad también se tiene en cuenta la saturación de la información; se alcanza cuando la información obtenida por las investigadoras es redundante y no aporta novedad (Castillo y Vásquez, 2003). Otro aspecto central del abordaje cualitativo es contribuir a la solución de problemas relevantes, lo cual se lleva a cabo en la propuesta desarrollada en este trabajo.

7. Resultados

A partir de lo planteado en la metodología, se recogieron las narraciones obtenidas en las entrevistas de las cuatro participantes de la investigación, Por consiguiente, se procederá a realizar un recuento de lo hallado en las entrevistas a través de las categorías de análisis propuestas (ver Tabla 1), las cuales son:

Tabla 1. Clasificaciones de las categorías de análisis.

Categoría	Subcategorías
1. Diferencias entre IVE y aborto.	1.1. Interrupción voluntaria del embarazo. 1.2. Aborto.
2. Normatividad en el IVE.	2.1. Sentencia C-355 del 2006. 2.2. Derechos de la mujer.
3. Experiencias laborales de ellas en el ámbito.	3.1. Trato del personal de la salud. 3.2. Acompañamiento/funciones de la profesional. 3.3. Motivación.
4. Percepciones del IVE.	4.1. Percepciones frente al profesional. 4.2. Percepciones frente a la mujer.

5. Barreras psicosociales en el IVE.	
6. Papel de la psicología.	

Dichas categorías de análisis se basan en la revisión documental llevada a cabo para el presente trabajo y las narraciones emitidas por las participantes que recogen las historias y experiencias de ellas. En un primer momento se presentan los datos sociodemográficos de las participantes para su reconocimiento, cada una de ellas ha dado su consentimiento para que su información sea presentada y documentada con fines académicos para esta investigación.

Participantes de la investigación.

Andrea Bernal es psicóloga con un Magíster en Estudios de Género en la Universidad Nacional de Colombia, durante su ejercicio profesional ha realizado voluntariados en psicología social y su primer trabajo fue en Profamilia como asesora de servicios, en el cual asesoraba en temas de salud sexual y reproductiva, incluida la IVE. Desde el 2007 trabaja con su mamá en la corporación “*Misaishaa*” (*aliento de humanidad desde la inspiración femenina*) cuyo propósito es trabajar temas de género, sexualidad con mujeres y jóvenes desde una perspectiva de derechos. Su tesis de maestría fueron historias de la maternidad de mujeres que hoy son adultas pero que fueron madres adolescentes.

Angélica Barrera es psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana con un Magíster en Salud Sexual y Reproductiva en la Universidad del Bosque, ha realizado diplomados en derechos sexuales y reproductivos para jóvenes. Ha enfocado su trabajo en las mujeres, trabajó en Profamilia en la recolección de información en una investigación y en la atención directa a mujeres que estaban en proceso de solicitar la IVE. Continuó su trayectoria laboral en la Fundación Oriéntame durante 4 años para brindar orientación frente a embarazos no planeados. Trabajó en la Fundación Vínculos con personas víctimas del conflicto armado y con la Secretaría de la Mujer con la Línea Púrpura. En los últimos años se ha dedicado a la atención a mujeres víctimas de violencias, violencias basadas en género específicamente violencia sexual y violencia ejercida por parte de la pareja.

Diana Rubio es psicóloga de la Universidad Nacional de Colombia con Maestría en Psicología y Salud y un Doctorado en Salud Pública. Ha trabajado en temas relacionados con la salud de las mujeres, en específico no ha trabajado directamente el tema de IVE pero sus investigaciones están bajo la sombrilla de la salud de las mujeres desde una perspectiva de género. Ha acompañado procesos de investigación como directora y evaluadora, sobre todo como evaluadora.

Valeria Vallana es antropóloga con un Magíster en Estudios Culturales, siempre se ha dedicado a la antropología médica desde una perspectiva de género y feminista. Además de la

docencia, trabajó con el Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos y en investigaciones con base a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. En los últimos años se ha dedicado a la investigación sobre las relaciones médico-paciente y del sistema de salud con las mujeres en los procesos de embarazo, parto, posparto, aborto, ya sea espontáneo o IVE.

A continuación se presentarán los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas, se estructuran según el análisis por categorías aplicado a las entrevistas (Anexo C).

7.1. Diferencias entre IVE y aborto.

Dentro del contexto latinoamericano y en específico el colombiano, el lenguaje y los significados que se le han ido atribuyendo a la palabra aborto y al concepto de IVE presentan diferentes distinciones psicológicas, sociales, relacionales, entre otros. Es decir, el significado construido socialmente alrededor de estos conceptos lleva consigo unas interpretaciones, estigmas y modos de ver y entender diferente para cada uno de ellos. Ante esto, ellas mencionan que *“no es fácil ver las diferencias pero sí sabemos que el lenguaje crea realidades y que el ideal también es pararnos en el escenario de la legalidad, no que sean decisiones por la mujer porque no todo aborto ilegal está mal”* Angélica.

En este sentido, se pueden observar diferencias entre la palabra aborto e Interrupción Voluntaria del Embarazo, puesto que la forma como cada persona se acerca y entiende la interrupción del embarazo se determina en gran medida por el diálogo y los significados que una palabra conlleva, es por esto que *“referirse a la categoría aborto tiene de entrada una connotación negativa, de delito, muy cercano a terminar con la vida de otro, de pecado.”* Diana. En este sentido, una de ellas recalca la importancia de utilizar un término más amplio y que contenga una descripción amplia del derecho que se está protegiendo allí, para ello Angélica afirma que *“Es importante a nivel legislativo el tema de incluir en el lenguaje unas palabras nuevas que permita visibilizar el derecho a las mujeres.”* y que no se encuentre cargado de estigmas morales que se asocien a conductas criminales o que hagan referencia a la ilegalidad.

7.1.1. Interrupción Voluntaria del embarazo.

Con respecto al término de IVE, se pudo observar que a lo largo de las entrevistas se habló del rol que la mujer ha desempeñado en la historia y las luchas que se han evidenciado para que se reconozcan sus derechos, ya que a las mujeres se les han negado u obstaculizado varios de ellos tales como la autonomía, autodeterminación y toma de decisiones sobre su cuerpo, es por ello que: *“La categoría de IVE es una perspectiva que permite más la conversación y además del hecho que diga voluntaria (...), pero el término y la palabra de esa categoría voluntario empieza a dar un margen allí de autonomía y de toma de decisiones de las mujeres, en el marco de la garantía de nuestros derechos sobre nuestros cuerpos.”* Diana.

En este sentido, las participantes comentan la importancia que se hable del IVE y que este sea llamado de esta forma pues *“cuando yo entré a Profamilia, era ILVE, no se llamaba IVE, se*

llamaba ILVE, ILVE era Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo, quepa la claridad de que es legal” Andrea. Es decir, se busca que por medio de este nuevo significado se pueda desligar de los estigmas, discriminaciones y significados negativos que se han sujeto a la interrupción del embarazo y que se encuentran ligados a la ilegalidad limitando el completo goce de sus derechos, y como se mencionaba, de elegir sobre sus cuerpos y su vida.

Finalmente, “*la Interrupción Voluntaria del Embarazo es algo esencial y es que se incluye el derecho a la voluntariedad de la mujer*” Angélica. Lo anterior permite reconocer la importancia que cada una de ellas le da a la perspectiva y al concepto que permea comprenderlo como Interrupción Voluntaria del Embarazo y no como aborto, para reconocer que es un derecho al que las mujeres pueden acceder, que se encuentra dentro del marco de la legalidad, y hace parte de la decisión que tienen las mujeres, en otras palabras “*la Interrupción Voluntaria del Embarazo y reconocerlo así da cuenta de unas ganancias y de unos terrenos que hemos ido posicionando las mujeres en esa lucha por volver a habitar nuestros cuerpos*” Diana.

7.1.2. Aborto.

Como se ha mencionado, la palabra aborto a lo largo de la historia ha estado ligada a estigmas e interpretaciones negativas. Ante esto Angélica comenta que “*La palabra aborto, y que suele estar asociado con algo negativo y con un juicio asociado a la religión y creencias culturales*”. Para las participantes, no es solo la construcción de significados que las personas han creado a lo largo de la historia que permiten estigmatizar y discriminar esta práctica, también diversos sectores sociales como la religión, el sector de salud, entre otros, han contribuido a que se desconozcan y deslegitimen los derechos de las mujeres, es por ello que durante las entrevistas estaban de acuerdo en que “*la palabra aborto tiene una connotación negativa y desconoce que hay una perspectiva de derechos detrás de esto y una perspectiva que también hay que ponerla en clave de salud y de autonomía sobre nuestros propios cuerpos*” Diana. Así mismo, como las participantes mencionaron anteriormente, el lenguaje crea realidades, por lo que su significado y los sentires que genera este término se desplazan hacia lo negativo, como expone Andrea “*si era como un tema, como más despectivo, como una forma fea de decir IVE*”.

No obstante, “*a nivel médico se sigue utilizando esta palabra aborto a nivel médico*” Angélica, es decir, si bien el IVE se ha implementado con un concepto que abarque una toma de decisiones y derechos que se estipulan en el marco constitucional desde la legalidad del mismo, en algunos sectores como el de la salud se sigue utilizando este concepto. Así mismo, en la sociedad se sigue nombrando esta práctica de este modo, como ejemplo de esto Valeria menciona que “*casi que los grupos Provida hacen ver el aborto desde el primer momento como un feticidio, y son muy pocas las mujeres que llegan hasta ese lugar.*”, para ellas el nombrar esta práctica como aborto, vulnera los derechos, legitima y naturaliza la violencia de género en las mujeres.

Para concluir, Andrea comenta en la entrevista que “*el tema de aborto, lo he escuchado más desde el activismo, desde los movimientos de mujeres, movimientos feministas*”, y lo que estos

movimientos buscan es que se desligue el término de sus connotaciones negativas y por el contrario se entienda como un derecho que todas las mujeres deben tener sin importar cómo esta práctica es llamada, pues el bienestar y el que las mujeres puedan decidir sobre su vida y su cuerpo es lo que para este movimiento está en juego *“los movimientos de mujeres vamos es pues por un aborto libre, entonces ya, asumámoslo como es, es un aborto” Andrea.*

7.2. Normatividad en la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

La normatividad hace referencia a las leyes, sentencias y derechos relacionados con la IVE en el Estado Colombiano. A continuación se presentarán los hallazgos según lo narrado por las participantes a lo largo de la entrevista, en donde se encuentra que reconocen que el marco legislativo frente a este asunto es amplio, ya que luego de la Sentencia C-355 del 2006 se emitieron otras sentencias como la T-988/07 en donde se aclaran aspectos relacionados a la causal salud-entendiéndose como salud integral- entre otros asuntos, enfatizando que estas sentencias nacieron de las demandas realizadas por mujeres pues *“desafortunadamente las sentencias se ganaron pero a costa de la vida de las mujeres (...) o de que finalmente el bebé nació” Angélica;* más sin embargo, dicen que gracias a los fallos de la Corte Constitucional a favor de las mujeres y su bienestar es que se consolida *“un camino que ya pueden ejercer las futuras mujeres bajo esa sentencia” Angélica,* en conmemoración a los sacrificios que otras mujeres anteriormente tuvieron que realizar.

7.2.1. Sentencia C-355 de 2006.

Acerca de la Sentencia C-355/06, nos comentan que *“La sentencia arranca con la letra C porque es que se han vulnerado derechos constitucionales” Angélica,* abordando el hecho de que es una sentencia para no vulnerar derechos fundamentales en la Constitución Colombiana como la autonomía, la autodeterminación, la igualdad, la libertad, entre otros. Todas expresaron que es bajo esta sentencia que se proclama la IVE como un derecho de la mujer bajo tres causales; además resaltando que se trata de *“una sentencia que quedó bien armada, o sea que realmente es difícil de tumbar” Andrea.*

En esta línea de ideas, todas enunciaron una característica especial de esta sentencia a diferencia de la normatividad sobre el tema en otros países, y es el hecho de que no se estableció ningún límite de edad gestacional para poder interrumpir el embarazo: *“ellas trataron de que acogiera lo máximo posible, de que no quedara con límite de edad gestacional” Andrea;* lo que quiere decir que *“en Colombia, tenemos la fortuna de que no se le ha puesto caducidad, es decir, como que en cualquier momento del embarazo se puede interrumpir” Valeria;* y esta característica es importante pues comprende las posibles causas por las cuales una mujer tendría que practicarse una IVE.

Es preciso mencionar que a pesar de que en gran medida hubieran preferido que el aborto sea legal, expresan que *“es una de las mejores que ha quedado hecha en América Latina (...) es*

muy difícil retroceder, o sea no es como lo mejor, lo mejor sería aborto libre, pero es difícil que nos hagan echar para atrás” Andrea. Asimismo, mencionan “que no haya quedado más específica pues uno siempre quisiera que hubiera quedado más específica” Angélica, pero de todas maneras las tres causales brindan una mayor comprensión del fenómeno y acoge a las mujeres que viven diversas situaciones que la llevarían a interrumpir su embarazo, y al referirse a la especificidad sobre esta sentencia en el comentario anterior, la aborda desde la causal salud, la cual fue desarrollada a profundidad posteriormente bajo otros pronunciamientos como la Sentencia T-988/07, entonces “el que esté la palabra salud permite que haya acceso realmente a cualquier mujer” Angélica.

Uno de los puntos que ellas hicieron más énfasis fue respecto a la inclusión del concepto salud dentro de una de las causales, como aspecto diferenciador de otros marcos legislativos internacionales *“es la que usualmente otros países la ven como un ejemplo en Colombia y es que nuestra causal (...) quedó como peligro para la vida o salud de la mujer, no quedó sólo vida” Angélica. De esta manera, se comprende la salud no solamente como ausencia de enfermedad, sino desde una visión integral tomada del concepto que plantea la Organización Mundial de la Salud, porque al operacionalizar de esta manera es que “desde allí se toman decisiones, -si se le puede hacer, no se le puede hacer- (...)” Diana.*

Dentro de la definición manifiesta de la salud de forma integral *“están los componentes de la salud emocional, de aspectos sociales, económicos, físicos y del desarrollo y autonomía de la mujer” Angélica. Dicho concepto resulta ser amplio como para tener en cuenta diversas situaciones por las cuales una mujer vería afectada su salud, ya sea por violencia de pareja, presión para quedar en estado de embarazo, entre otras. Cabe resaltar la experiencia de una de las participantes al explicarles, en su ámbito laboral, a las mujeres que solicitaban el servicio de IVE: “yo tenía el párrafo y les leía el párrafo de la sentencia, para que entendieran lo que significaba salud ¿sí? Para que entendieran que generalmente todas abortamos por motivo de salud, o sea, en muchos, muchos casos, -¡ah! Que se suma un abuso- sí, -que hay malformación-, sí- pero generalmente lo que te lleva a tomar la decisión de interrumpir un embarazo también conlleva como una afectación en tu salud mental, emocional” Andrea.*

En concordancia con la idea anterior, expresaban que la salud es un concepto transversal a las otras causales y en general al proceso, ya que el saber que el embarazo no podrá ser llevado a término por alguna malformación incompatible con la vida, o por el hecho de haber quedado embarazada producto de un abuso sexual implica daños y afectaciones en la salud de las mujeres, *“Para mí no habría forma de que no se afectará la salud mental o emocional cuando uno toma ese tipo de decisión, o cuando uno no puede tomar ese tipo de decisión” Andrea.*

Finalmente, comentan que la mayoría de interrupciones que se hacen en Oriéntame y Profamilia en el marco legal es por la causal salud; por lo que realizaban especial énfasis en la inclusión del concepto de salud en toda su expresión dentro de la normatividad colombiana como aspecto diferenciador de otras normatividades internacionales. Así mismo, planteaban una

dificultad respecto a la limitada comprensión del concepto salud que se tiene en la sociedad o en otros ámbitos laborales, por lo que *“no es que haya un hueco a nivel legal, sino que es claro y que los profesionales en parte lo saben, que realmente la mujer sí puede decidir la IVE con el simple hecho de denominar que no lo desea para su plan de vida”* Angélica.

7.2.2. Derechos de la mujer.

“Todas las mujeres deberíamos poder decidir sobre nuestro cuerpo” Valeria.

Las participantes se posicionan desde un enfoque de derechos *“fijense que yo no es que sea pro aborto, yo soy pro derechos de las mujeres, si la mujer tiene la necesidad, debe tener el derecho”* Valeria; por lo cual, mencionan derechos humanos tales como derecho a la autonomía, libertad, libre desarrollo de la personalidad, derechos sexuales y reproductivos de la mujer, derecho a la autodeterminación, derecho a la vida, a la salud, a estar libres de tratos crueles y humillantes, derecho a decidir y derecho a la igualdad. Estos derechos mencionados también los contemplan ellas como parte fundamental de la normatividad, dado que *“el marco legislativo tiene que ser con derechos, porque la autonomía, la autodeterminación hace parte de derechos fundamentales ante la Constitución colombiana”*, por lo que se debe atender a las necesidades que presenta su población, en este caso, la población femenina y dicen que se les debería garantizar el ejercicio pleno de sus derechos, y así *“Cualquiera que sea la causa, simplemente necesitarlo, con desearlo, debe estar a su disposición, esto es un servicio de salud, que muchas mujeres en eso se les va la vida”* Valeria.

Hay que resaltar lo mencionado por una de las participantes respecto a la IVE y es el hecho de que: *“un derecho no puede ser un delito en ningún caso, ninguna mujer debería ser judicializada por algo que es un derecho, y cuando tenemos además, una población muy poco educada en sus derechos... porque nuestra población es muy poco educada en nuestros derechos”* Valeria. Lo que produce un gran impacto a la hora de solicitar y recibir el servicio de IVE bajo las causales conocidas, puesto que es legal y el aborto es un delito según el Código Penal Colombiano, por tanto las definiciones de ambos conceptos suelen ser confundidas, llegando a obstaculizar el ejercicio de este derecho ya que: *“Incluso el personal de la salud muchas veces no sabe si es delito o es derecho (...) porque de lo contrario puede ser que el judicializado sea el prestador de servicio de salud, entonces es algo muy confuso cuando algo es un derecho, pero a la vez es un delito”* Valeria.

Por otra parte, se identifica la dificultad respecto a enumerar los derechos debido a que: *“el tema derechos no sólo como derecho 1, derecho 2, sino que también ha habido una lucha por los derechos y no siempre los derechos nos han acogido a todas, en específico, si pudiéramos pensar, el derecho a la vida, está allí y no sólo entendido como una vida biológica, sino como una buena vida”* Diana. Es así que los derechos se interrelacionan en una danza que no puede ser coartada por obstáculos impuestos por la sociedad, los servicios de salud o pronunciamientos del

Estado, pues este último se ha comprometido con la protección y garantía de los derechos humanos.

Ahora bien, desde otra perspectiva, dos participantes hicieron unas distinciones frente al tema en mención, si bien mencionan que *“el sistema de salud es un sistema de salud privado pero tiene que ejercer derechos públicos”* Andrea, no siempre esos derechos son garantizados ni ejercidos a cabalidad y ello se refleja en experiencias dentro del ámbito en donde han notado el ejercicio de los derechos de las mujeres en el IVE por parte del prestador de servicios *“como de manera protocolaria, no, creo que es más un enfoque del profesional que la atiende”* Andrea, evidenciando que así se estipule en el marco legislativo, la atención y prestación del servicio se vería permeado por las preconcepciones y subjetividades de quienes desempeñan sus profesiones ahí.

7.3. Experiencias laborales de ellas en el ámbito.

7.3.1. Trato del personal de salud.

En esta sección se esboza la percepción que las participantes tienen sobre el trato del personal de la salud para con sus pacientes. Teniendo esto en mente, Andrea trae a colación el impacto que la normatividad tendría en los profesionales de la salud, dado que *“En los mismos compañeros hay temor a la ley”*; y a su vez, este temor influye a la hora de practicar un IVE pues si no se considera que la mujer se encuentra bajo alguna de las causales estipuladas por la ley, entonces no se le practicará la IVE, decantándose en un ejercicio de poder: *“el temor a la ley a que no estuviera dentro de la causal se iba convirtiendo en -yo tengo el poder si lo haces o no lo haces-”* Andrea.

Dentro de este contexto, una participante en particular hablaba respecto al lugar de enunciación en el cual el personal de salud se posiciona: *“El trabajo en las instituciones de salud está más orientado a entender el fenómeno médico que en realidad es una, lo que hay detrás de esto es una comprensión basada en lo biológico (...) en asuntos más como del mundo de lo médico que se concretan en lo físico, un poco en desconocimiento de quién es ella”* Diana. Sin embargo, hace la distinción frente al rol que los y las psicólogas generan en los entornos del ámbito de la salud en donde *“ellos y ellas intentaban tener una perspectiva más de la persona en su contexto, y de cómo ese evento de salud se articula con la vida en general de ella y que de alguna manera marca, y desde ahí darle el acompañamiento más allá de lo biológico.”* Diana.

Dichas distinciones respecto a la visión biologicista o social que entinta la labor en el ámbito de la salud sería determinante a la hora de ejercer su profesión, dado que las decisiones que se toman también están permeadas por el poder, y ello se expresa en que si se piensa desde lo biológico, las prioridades podrían cambiar *“Muchas veces el personal de la salud lo que les dice a las mujeres es -no, ahora usted tiene que pensar es en su bebé, ya no solo en usted sino en su bebé-, cómo priorizar las necesidades y la salud del bebé sobre la de ellas mismas”* Valeria.

Uno de los aspectos más destacados entre las participantes fue la influencia de las creencias y las subjetividades en su ámbito profesional, en mayor medida, comprometiendo la objetividad con la que desempeñan su profesión, *“hay profesionales de la salud que atienden con sesgo y que pues lastiman los sentimientos de las mujeres que van a hacerse una interrupción”* Andrea. Cabe aclarar que no se trata de una generalización, pero lastimosamente es un aspecto que salta a la vista en este fenómeno, en ocasiones, en perjuicio de los derechos fundamentales de estas mujeres. Por lo que, llegado a este punto, se entrecruzan las diversas categorías evidenciando estigmas, creencias y afectos involucrados en la labor, por ejemplo: *“el personal de la salud en efecto si hace una valoración de las mujeres, por lo general una valoración negativa, sobre todo si son mujeres que están aduciendo a motivos económicos o limitaciones económicas”* Diana.

Continuando con esta línea, las participantes recordaban verbalizaciones emitidas en gran medida por personal de la salud que llegaban a agredir la integridad de sus pacientes, tales como: *“-pero cuando lo estaba haciendo no se quejaba, pero cuando lo estaba haciendo no pensó en esto y ahora sí se va a quejar- con esa idea que suele tener el personal de salud sobre que las mujeres somos irresponsables, y eso a mí me lo han dicho a mí las en las investigaciones, -que nosotras somos irresponsables, que somos promiscuas, que no nos cuidamos y que luego no asumimos las consecuencias-”* Diana.

En otros ejemplos se encontró que hay *“mujeres que llegan a otros servicios de salud donde son atendidas con toda la violencia y les dicen -abortadoras compulsivas- o les dicen cosas “no santas”, o les dejan con el feto entre las piernas para que escarmienten, o hacen cosas que realmente son muy, muy dolorosas”* Valeria. Demostrando que no todas las agresiones a su integridad llegan a ser verbalizaciones sino también acciones o privaciones. Es preciso resaltar los matices que las participantes brindaron, porque no se trata de una generalización, por lo que comentaban *“mujeres que terminan muy bien atendidas en los servicios de salud y respetadas, y depende si tienen la suerte de encontrarse con un equipo fantástico, por ejemplo, hay mujeres que van a Profamilia (...) Y son mujeres atendidas súper bien”* Valeria.

Un último aspecto es referido por dos de las participantes, que cuestiona la infraestructura del sistema de salud pues no resulta ser del todo integral y tampoco acoge adecuadamente las necesidades de las mujeres: *“Además los servicios de salud se deben acondicionar para esa situación, porque ¿cómo es posible que tú estés pasando por una pérdida fetal, por un aborto y te pongan en la sala de recuperación donde están todas las mujeres lactando a sus recién nacidos? ¡Recupérate de eso!”* Valeria.

7.3.2. Acompañamiento/funciones de la profesional.

En este punto, se hará especial énfasis en las participantes que laboraron en instituciones como Profamilia o la Fundación Oriéntame debido a que estuvieron directamente inmersas en el fenómeno de la IVE. Ambas tuvieron en común el hecho de que sus funciones principales eran de asesoría, orientación y acompañamiento: *“Realmente nuestra labor era asesorar, o sea decirle...*

ella llegaba y te decía -mira, yo quiero hacerme un aborto- Entonces le decimos -listo, ¿por qué te lo quieres realizar? - pues para explicarle el marco legal y así, y -listo, los motivos que tú me dices están dentro de esta causal, y los procedimientos son estos- esa era nuestra labor” Andrea.

Aquí decían que la labor no era desde el juzgamiento, de aprobar o no su solicitud, sino de orientar respecto a la normatividad vigente y escucharlas activamente para brindar una atención que protege y garantiza sus derechos, el derecho a ser informadas, a decidir sobre sus propios cuerpos, a ser orientadas respecto a su sexualidad y también observar posibles violencias ocultas a los ojos de quien juzga y podría llegar a convertirse en su verdugo. Otra función importante es el hecho de informarlas, sobre sus derechos, opciones, consecuencias etc., ya que *“tenemos el conocimiento que no tienen otros profesionales de que esto es legal, y que esto es así de claro, tenemos la responsabilidad de difundirlo, de informar” Angélica.*

De otra parte, ambas participantes subrayan la importancia de las capacitaciones al personal involucrado en estos procesos teniendo en cuenta también los derechos con los que cuentan los y las profesionales *“Entonces, en algunas ocasiones no es sólo el enfoque tampoco, sino contar con la capacitación necesaria” Angélica;* dichas capacitaciones no solamente las enfocan respecto a los procesos que se deben atender, bajo qué causales se aplica la IVE, qué procedimientos se deben emplear según la edad gestacional, sino que también están o deberían estar enfocadas a sensibilizar al personal, de conectarlos con la humanidad y la diversidad que llega a solicitar el servicio, de movilizarlos para poder garantizar un servicio humano de calidad.

7.3.3. Motivación.

Para este punto se habló sobre las motivaciones de las participantes a desempeñar su profesión desde los ámbitos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y resulta interesante comprender que dichas motivaciones no solamente provienen de un genuino interés por estos temas sino por la población con la que trabajan y más aún, por el hecho de ser mujeres y mujeres que de alguna u otra forma han vivido en carne propia situaciones de violencia o en las cuales sus derechos se han visto amenazados, vulnerados o desamparados. Cabe señalar que estas características mencionadas no representan un sesgo en las profesionales, por el contrario, es a partir de ahí que dan continuidad a la lucha por los derechos, al pronunciamiento frente a violencias o dificultades que tienen el potencial de ser mejorados.

Sus motivaciones las han llevado a profundizar en áreas de interés que les brinden herramientas y campos de acción para aportar a la construcción de sociedad, todo ello se evidencia en sus carreras profesionales, en donde sus tesis de pregrado, maestría y doctorado han estado ligadas a los temas de salud sexual y reproductiva, mujeres, derechos y violencias. Como ejemplos sería el de Angélica al comentar que su tesis de maestría fue sobre la IVE en contextos de violencia de pareja, en escenarios en donde un hijo podría atar a una mujer a una relación destructiva, y ello la motivaba aún más cuando dentro de sus posibilidades podía escuchar, acompañar, orientar a esa mujer en este proceso, es decir, el agradecimiento de estas mujeres la motivan a continuar su labor,

el brindarles un espacio seguro, de escucha, que no sea un escenario de juicio, y que finalmente genera tranquilidad: *“ya no tengo que andar pensando qué voy a estar atado a una relación (...) entonces, esas fueron de las historias que probablemente por mi carrera profesional, digamos que me ha generado una conexión muy intensa (...)”* Angélica. Ella misma comentaba que habían otras situaciones en las que el proyecto de vida de las mujeres podría verse afectado por el embarazo y la consiguiente maternidad, *“entonces que ahí tú dices -uy la historia de ella es como muy parecida a la mía- y generas una conexión desde ahí muy profunda”*.

Otro ejemplo sería el de Diana, desde sus prácticas profesionales en Comisarías de Familia en donde pudo observar varios casos de mujeres que llegaban con determinados diagnósticos en estado avanzado y la hacían cuestionarse qué sucedía si ya se encontraban vigentes métodos preventivos desde la medicina, o que llegaban con su quinto o sexto hijo, preguntándose nuevamente sobre las razones para que estas realidades se presenten. Sin embargo, algo que marcó una diferencia en su vida, no sólo profesional, era el hecho de que *“(...) las mujeres no sabían qué procedimientos habían tenido lugar en sus cuerpos y de allí surgen varias preguntas de mi investigación que rastreo en el pregrado, en la maestría y en el doctorado y es mi línea de trabajo”*.

Manteniendo la estrecha relación entre esas problemáticas, Diana expresa que “un asunto que no la deja dormir” corresponde a las prácticas del personal de salud *“¿Qué hace el personal de salud cuando se encuentra con las mujeres en los distintos espacios que se encuentran con nosotras? (...) todo lo que tiene que ver con nuestros cuerpos”*. Y ahí nace otro de sus intereses y es el personal de salud, conformado por hombres y mujeres que atienden a otras mujeres dentro de las consultas, e inclusive llega a recordar cómo ellos y ellas también son cuerpos que tienen necesidades y deben consultar a otro profesional de salud. Es preciso citar a Diana al hablar de la relación entre el personal de salud y cómo es percibido por la mujer: *“Sobre nuestros cuerpos que nos hagan una u otra intervención es algo que se hace en los contextos del dolor, del miedo, de estar desnudas en una camilla con esa bata azul y que uno se acuesta ahí y siente frío, me acuerdo de eso y no sé si se alcance a ver pero se me pone la piel de gallina”*

Cabe destacar que las participantes han vivido de alguna u otra forma situaciones de violencia contra sus cuerpos, la decisión de otros y otras sobre sus cuerpos en torno a su sexualidad y cómo ellas deben recordarles que el cuerpo es de ellas y por ende les pertenece, así como sus decisiones; el sufrimiento y la indignación como materia prima que han decidido convertir en una lucha desde el diálogo y el acercarse a aquello que desde otra perspectiva pudo haber sido denominado como “el enemigo”, pero que optaron por comprenderlo como otro ser humano que también siente, sufre y se conmueve. Resulta imperativo insistir en que esto no constituye sesgo del profesional, sino que se transforma en motor de cambio: *“yo después de eso, yo como que me quité de encima muchas trabas y la tesis de doctorado yo la escribí en primera persona (...) después fue bien valorado porque fue -esta tesis tiene que ver conmigo, me han violentado a mí también y a las demás en las consultas-”* Diana.

7.4. Percepciones del IVE.

Las percepciones corresponden a procesos mentales en los cuales una persona selecciona, organiza e interpreta la información que recibe de estímulos, pensamientos y sentimientos. La organización y selección de la información está permeada por la cultura, los valores, los discursos y las creencias socialmente compartidas y valiosas para cada individuo. A partir de este supuesto, se indaga cuáles eran las percepciones de algunas mujeres y de las entrevistadas frente a los profesionales de salud y cuáles eran las percepciones que ellas evidenciaban frente a las mujeres que solicitaban interrumpir voluntariamente su embarazo.

7.4.1. Percepciones frente al profesional.

Las entrevistadas reconocen que el personal médico y los profesionales de psicología o trabajo social tienen un papel fundamental en el proceso, así mismo, reconocen que la formación académica influye en el ejercicio profesional. Ante estos elementos Diana comenta que desde su experiencia e investigaciones se ha dado cuenta de que: *“El personal de salud son hombres y mujeres que encarnan el sistema biomédico, hegemónico, es decir, unas formas de hacer y unas prácticas para las cuales han sido disciplinados, entrenados, educados y legitimados (...) estos hombres y mujeres no necesariamente hacen un ejercicio deliberado de formas de violencia que tienen lugar en la atención a mujeres”*.

Ante los saberes conceptuales y prácticos de los profesionales de salud, Diana se pregunta sobre la educación y los pensum de las universidades frente a la atención de salud de las mujeres como ginecología y obstetricia: *“Es escaso que haya una aproximación desde la humanización o el reconocimiento de los derechos de las mujeres, eventualmente habrá una clase de derechos sexuales y reproductivos pero entre que se lo aprendan en una diapositiva y en la consulta entiendan que la mujer es un sujeto de derechos y puede decidir (...) ahí hay una ruptura”*.

Desde otra perspectiva, Angélica siente que por parte de los psicólogos hay mayor reflexividad frente a los temas de género, sin embargo, en su ejercicio profesional ella evidenció limitaciones por parte del área médica y enfermería. Las instituciones donde ella trabajó solían contratar profesionales con enfoque de género, sin embargo, muchos no tenían la formación suficiente. Ellas consideran que los médicos conocen que la IVE es un derecho y la mayoría conoce el marco legal, pero muchas veces este conocimiento se encuentra con creencias muy arraigadas sobre la sexualidad femenina: *“Finalmente sí creo que tienen que ser personas capacitadas en eso y yo creo que no cualquier persona tiene la capacidad ni la sensibilidad para manejarlo. Precisamente todos tenemos una educación muy judío-cristiana, muy católica y cuando se trata de aborto, lo raro es no encontrar personas que no establezcan juicios de valor, es muy raro, todos tenemos juicios de valor” Andrea*.

Frente a las obligaciones y realidades de los profesionales de salud, Angélica afirma que: *“ya sea un aborto inducido, o una IVE o un aborto espontáneo, el prestador de servicio lo que tiene que hacer es atender el caso finalmente, y en la atención se debe hacer con todo el respeto*

y la consideración de la mujer que está atravesando esta situación.” Sin embargo, las entrevistadas en sus relatos dan cuenta de la problemática y complejidad de acompañar y realizar una interrupción del embarazo y aunque varias instituciones privadas y públicas ofrecen charlas, actividades sensibilizadoras y seminarios sobre derechos sexuales y reproductivos, afirman que los profesionales no son violentos porque quieran serlo, sino que hay otras condiciones como la sobreexplotación laboral, ausencia de infraestructura, prejuicios culturales, sociales y religiosos alrededor del aborto, así como ausencia de herramientas emocionales que no se aprenden en la academia y hace que muchos profesionales ante su desconocimiento ignoren el asunto.

El conocimiento es poder, hay un conocimiento científico, práctico y legal que las instituciones y el personal médico tienen frente a la IVE y es necesario que se transmita a las mujeres con claridad. Las entrevistadas concuerdan y reconocen que los valores y afectos del personal médico juegan un papel importante en la discusión frente a la objeción de conciencia y las prácticas de interrupción, sin embargo, también afirman que nadie puede objetar no dar información. Diana considera que *“no tiene mucho sentido entrar en una pelea con el personal de salud (...) hay personal de la salud que lucha por los derechos de las mujeres”*. Finalmente, para ellas es importante el diálogo entre las mujeres, el sistema de salud y los profesionales de la salud frente a los desencuentros que hay. Andrea y Angélica contaban que algunas de las mujeres manifiestan sentir miedo al hablar con un médico, porque se tiene la idea del médico como el que juzga o el único que tiene la verdad.

7.4.2. Percepciones frente a la mujer.

Las percepciones frente a la mujer aquí contempladas vienen desde las entrevistadas; situaciones vividas por ellas, discursos escuchados en los lugares de trabajo o investigación y de las mujeres que han atendido en las instituciones.

Diana ha evidenciado en sus investigaciones y desde su experiencia como mujer en un centro médico que *“las mujeres no reconocen que son violentadas o que no se les atendió de forma digna su parto porque estamos acostumbradas a que así es, que el personal de salud tiene la razón sobre partes de nuestros cuerpos que nosotros ni siquiera nos vemos.”* Las entrevistadas consideran que cuando una mujer llega a solicitar una interrupción del embarazo, los médicos o enfermeras hacen juicios sobre la decisión o dan por hecho que al ser una decisión voluntaria no es necesario un acompañamiento psicológico: *“Yo pienso que todos estos casos deberían tener un acompañamiento psicológico, pero es que a veces nos parece que, sí es un IVE, como era lo que quería, ella no necesita acompañamiento psicológico, es una pérdida, las mujeres sufren un duelo por la pérdida, es una decisión que no es fácil de tomar en ningún caso. Y muchas de ellas viven con esas consecuencias y con ese dolor, y tienen que afrontar el duelo de la pérdida a veces incluso violencia por la familia o los servicios de salud”* Valeria.

Andrea comenta que, a nivel institucional, con el objetivo de cuidar a la mujer y los efectos emocionales durante el proceso de interrupción, se dice *“el producto del embarazo (...) puede*

sonar muy feo, pero digamos que a muchas mujeres les ayuda ese lenguaje y les ayuda a desmitificar lo que un embarazo es para otras mujeres.” Durante las entrevistas se evidencia que los motivos de las mujeres para realizarse un IVE tienen efectos y narrativas diferentes, cuando el embarazo pone en riesgo la vida del feto o de la madre socialmente se legitima porque había un problema, pero cuando las mujeres consideran que llevar a término el embarazo va en contra de sus posibilidades afectivas, económicas o familiares se tiende a juzgar: “Lo que yo he encontrado es que muchos de esos embarazos que terminan en interrupción son embarazos deseados y que terminan siendo las mujeres tratadas con el mismo estigma, y que aparte del sufrimiento de la pérdida, tienen que sufrir el ataque y la violencia desde diferentes sectores como la familia, pareja, grupos Provida y a veces los mismos prestadores del servicio.” Valeria.

Cuando se presentaban estas situaciones en la institución donde trabajaba Andrea, ella comenta que el lugar de la asesoría es *“escuchar sus motivos y decirle: Es tu cuerpo, tú puedes tomar la decisión, las razones que tú tienes son completamente válidas.”* Las entrevistadas comentan que hay una idealización de la maternidad que genera ciertas actitudes: *“Se ve como se sobrevalora la maternidad, como el rol de la mamá es muy importante”* Andrea. Para ellas estos discursos tienen efectos complejos emocionalmente en las mujeres, las cuales pueden o no estar en escenarios de desigualdad social o condiciones económicas muy adversas: *“La afectación emocional se deriva de conflictos que tiene la mujer sobre el significado que tiene para ella un aborto y el significado adquirido por un tema de creencias religiosas y culturales. Es muy difícil para ellas tomar una decisión porque las mujeres hemos sido enseñadas a no ser egoístas, entienden egoísmo como pensar en uno, muchas personas o familiares lo ven como un acto de egoísmo, entonces se generan sensaciones de culpa y la culpa no es algo natural de los seres humanos.”* Angélica.

Se reconoce así que las percepciones frente a la mujer están permeadas por los motivos, los discursos y creencias que tanto las mujeres como los profesionales de salud tienen sobre el cuerpo de las mujeres, la decisión y la maternidad. Diana plantea algunas situaciones hipotéticas frente a la llegada y acompañamiento de las mujeres, dejando en evidencia que los procesos son diferentes, el acompañamiento que recibe cada una por parte de su familia y comunidad es distinto y eso tiene implicaciones emocionales, finaliza comentando que para el sistema de salud *“es otra mujer siendo atendida en la cotidianidad del servicio, pero para uno es un evento definitivo”* Diana.

7.5. Barreras psicosociales.

Como se mencionó en el marco teórico, las barreras psicosociales son un conjunto de conductas que por acción o por omisión, constituyen limitaciones u obstáculos para que las mujeres accedan de manera efectiva al IVE en el servicio de salud. A partir de las entrevistas se evidenció que los prejuicios, el desconocimiento del marco legal y las malas prácticas limitan o alargan el proceso de la IVE.

El desconocimiento del marco legal se da por parte de los prestadores del servicio o de las mujeres. Angélica cuenta que el Ministerio de Salud capacitó al personal de salud con el fin de que comprendieran que se encontraban ofreciendo un servicio que era un derecho constitucional, más que un favor, por lo que: *“finalmente tenían que ejercer un derecho y que ese derecho estaba sujeto a las libertades de la mujer y determinar qué quiere con su vida y no ponerles barreras en la atención. Aunque se ha hecho un trabajo grande se sigue viendo que las mujeres tienen que pagar procesos privados porque las limitaciones son gigantes y sobre todo las barreras institucionales relacionadas con las creencias, pero también la utilización de términos jurídicos que no aplican.”*

Debido a las múltiples barreras que presentaban algunas mujeres, Andrea cuenta que Profamilia empezó a hacer convenios con las EPS, y se encargaban de todo el trámite administrativo para que la usuaria no tuviera que pagar nada. Aunque se han dado algunos avances, así como dijo Angélica *“Si tenemos un avance legislativo bastante favorable pero las barreras y voluntades del sistema de salud en Colombia hacen que las limitaciones se sigan encontrando día a día...”*.

En las instituciones es donde se presentan las barreras psicosociales, en algunos casos se da una interpretación restrictiva del marco legal, por ejemplo, la objeción de conciencia de las entidades, *“El hospital Palermo dice: nosotros somos objetores”* Angélica continúa diciendo *“una institución no puede objetar, solo lo puede hacer el médico que practicará el aborto, pero aun así psicólogos y trabajadores sociales objetan y eso no corresponde”*.

Algunas fallas en el servicio fueron narradas por Valeria, quien dice que: *“Las cifras son espeluznantes, la cantidad de mujeres en Colombia que pierden la vida por un aborto clandestino, son escandalosas y son una vergüenza en este momento de la historia. Y fíjense que muchas veces son mujeres que entrarían en las causales, pero es que el aborto tiene la particularidad de ser a la vez un derecho y a la vez un delito (...) o muchas mujeres creen que su motivo no es una causal y van directamente a un lugar clandestino y muchas veces en última instancia les cuesta la vida.”* En narraciones como la anterior se evidencian muchos mitos frente al aborto, las entrevistadas identifican que muchas mujeres creen que el aborto es inseguro por sí mismo, pero realmente es una intervención simple antes de la semana 12 y no tiene efectos secundarios mayores y argumentan que entre más rápido se realice la intervención, es mucho más simple medicamente.

Todas concuerdan en identificar que la infraestructura del sistema de salud no cuenta con una sala para duelo y en muchos casos no tienen atención psicológica para las mujeres. Ellas consideran que la discusión se torna compleja *“porque sabemos que somos un país conservador, que faltan muchos avances desde el ejercicio de los derechos”* y las realidades son complejas, por ejemplo, Angélica dice: *“En Bogotá converge el tema de la migración, el desplazamiento, otro tipo de violencias que han tenido que vivir las mujeres, sigue viendo uno las brechas muy grandes en términos de lo que ellas necesitan y los servicios de salud que ofrecen, entonces, desde el*

sistema de salud está el problema de que como el sistema de salud colombiano es privado, eso hace que dependa de la EPS hay voluntades para hacer el servicio, la atención o no”.

En conclusión, las barreras psicosociales evidenciadas por las participantes se dan desde las instituciones como clínicas, hospitales y centros médicos, desde sus políticas, capacitaciones y conocimientos se limita o facilita a los profesionales de la salud realizar procesos de IVE, estas voluntades para hacer el servicio tienen efectos en la atención, trato y acompañamiento a las mujeres, donde algunas deciden acudir a centros clandestinos, poniendo en riesgo sus vidas o los procesos se dilatan y es necesario cambiar el método debido a las semanas de embarazo, generando más gastos y teniendo otros efectos emocionales y físicos en las mujeres.

7.6. Papel de la Psicología.

En cuanto al papel que tiene la psicología en torno al acompañamiento, comprensión, teorización, entre otros, sobre el IVE, se pudo observar a lo largo de las entrevistas que cada una de las participantes estaban de acuerdo en cuanto a que *“sí es cierto que al menos en Latinoamérica hay una deficiencia muy grande en investigación, frente aspectos relacionados con la toma de decisión de la IVE”*. Puesto que cada una de ellas hizo especial énfasis en el poco terreno que la psicología en Latinoamérica tiene con respecto a la investigación sobre la interrupción del embarazo y todos los temas que se traen a colación con este, como los derechos sexuales y reproductivos, el rol del psicólogo, el género, entre otros.

Es en esta medida que ellas consideran que tanto el papel de la psicología como el de los psicólogos no se encuentra, por lo menos en Colombia, del todo definido, ejemplo de esto es el que expone Diana: *“El tema de género y psicología no suele ser un tema muy explorado, cómo entiende la Salud Mental la psicología tampoco; miren la Política Nacional de Salud Mental, allí no hubo psicólogos ni psicólogas tomando decisiones en las esferas altas”*.

Si bien la psicología ha hecho avances en diferentes temas y perspectivas que buscan abordar todas las problemáticas sociales que se presentan en nuestro contexto social, aún se observan durante la práctica profesional vacíos conceptuales, teóricos y éticos en torno a temas que interpelan a la mujer, tales como las opresiones y desigualdades que han persistido a lo largo de la historia y que se han invisibilizado. En palabras de Andrea: *“No siento como un compromiso ético de la psicología con las mujeres siento que si hace falta, hace falta pero para hacerlo tienen que reconocer los machismos y los patriarcados que hay al interior de la disciplina”*, así mismo añade que se ha optado por un modelo de conocimiento científico invisibilizando saberes de las mujeres y de conocimientos no hegemónicos.

En ese sentido, ellas expresan que estos vacíos que han encontrado dentro de su vida profesional son en parte un reflejo de la ausencia de temas o enfoques que para ellas son necesarios y que dentro de las universidades y el campo disciplinar no se ven o no han sido integrados en su formación; temas como el enfoque de género, de derechos, el papel de la psicología en la salud

sexual y reproductiva, la interrupción del embarazo, entre otros. Andrea afirma: *“yo vi una clase de Psicología y Género, estando en el pregrado pero ya era una electiva, no es como que la formación en género, en derecho sea un componente pues obligatorio de la formación en psicología, y ¡sí que debería estar de alguna manera!”*

Todas las participantes estuvieron de acuerdo con que estos temas son vistos por gustos propios y por interés frente al tema, más que por un requisito que la formación en psicología lo exija, *“en la formación le debería dar, porque por ejemplo, ahora que dices lo de la formación en psicología, (...) esos son como electivas, o sea realmente no es parte de una formación básica, uno llega a esos temas porque le interesan”* Andrea. Encontrarse con tales temáticas no resulta usual y son saberes fundamentales dentro de estos espacios de atención a la mujer, y que muchas veces las universidades no brindan en su formación más allá de materias electivas. Ante esto Angélica comenta que: *“Si tú no eliges la práctica en la universidad, tú nunca ves el enfoque de género ¿cierto? es decir (...) no va a tener la posibilidad, sólo en el momento en el que está en su vida profesional de encontrarse con enfoques que son vitales”*.

Así mismo, varias de las participantes expusieron que en el escenario de orientación psicológica a mujeres y más aún en estos temas como lo es el acompañamiento al IVE *“todos los psicólogos y psicólogas deberíamos tener esa perspectiva de género y de derechos, por lo menos de derechos para ejercer nuestra labor desde allí.”* Andrea. Pues son las herramientas y elementos claves que proporcionan estos enfoques, lo que permite construir nuevos significados y sentidos a las vivencias de las mujeres *“y eso requiere un entrenamiento que no se da en una sola capacitación”* Angélica. Por tanto, no solo es cumplir con un rol como psicólogos o psicólogas y que este tipo de espacios y trabajos tengan a estos profesionales, sino que se encuentren capacitados y además posean *“un enfoque muy claro (...) una perspectiva muy clara desde el orden del enfoque de género, desde la perspectiva feminista (...) finalmente puede que brinde un tipo de orientación que no es pertinente en este tipo de solicitud como lo es la interrupción del embarazo.”* Angélica.

Es decir, la orientación que se dé, en especial dentro de la IVE se puede dar desde un equipo interdisciplinar que se encuentre capacitado para ello. No obstante es importante *“tener claro un enfoque, un enfoque de derechos, un enfoque de género (...) también una perspectiva feminista y lo que declara la final es generar un espacio de contención emocional si fuera necesario”* Angélica, pues en muchos casos no es necesario llevar con las mujeres un espacio de orientación, ya que probablemente la mujer tenga clara su decisión, pero en caso de necesitarlo, contar con herramientas que permitan generar un espacio en el cual se pueda *“dar otro sentido a las narrativas personales, si tienes una perspectiva de género le puedes ayudar a las mujeres a darle sentido a sus narrativas personales lejos de esos discursos hegemónicos que son tan coercitivos con las mujeres, tan dañinos y tan violentos”* Andrea. Angélica expone que: *“Lo más importante ahí sería el apoyo y que ella se sienta en un espacio escuchada, una escucha activa y que el proceso de orientación ojalá no se acabe ahí si no que si es preciso ella tenga conocimiento de nuevas orientaciones”*.

Por lo cual, parte del papel del psicólogo, como se ha venido mencionando, es generar un acompañamiento que permita que la mujer se sienta cuidada, es decir, que se dé un espacio de bienestar centrado en sus emociones, su salud física y mental, así mismo, que desde ese rol como psicólogo este espacio permita también aportar a la comprensión y entendimiento de sus derechos: *“En este espacio también es muy importante aclarar el marco legal porque si nos paramos de que yo estoy cometiendo un delito la sensación emocional va a ser distinta a decirle a la mujer que lo que ella está actuando va a favor de la ley, que hay leyes que la protegen y que a la final lo que está ejerciendo es un derecho, entonces (...) establecer que ella está en un marco legal y de derechos”* Angélica.

En relación con esto Diana menciona que, es desde el rol del psicólogo como profesional que se tiene la formación para reivindicar y aportar a las comprensiones de los derechos de las mujeres, comprendiendo sobre todo las necesidades específicas que cada una de ellas tienen, esto es *“desde el escenario de psicología a nivel de todos los enfoques hay algo que sí tienen todos en común, y es que, se debe tener en cuenta la particularidad del sujeto”*.

Ahora bien, dentro de esto se debe tener en cuenta algo que la psicología y los enfoques exponen y es comprender que cada situación es particular en cada mujer, aún si fuera por la misma causal, tiene diferentes aspectos que no se pueden perder de vista en la orientación psicosocial. Dentro de lo que se encontró en las entrevistas, para ellas es importante tener siempre presente la complejidad del sujeto y de su entorno, Angélica brinda un ejemplo y son las situaciones de violencia por las que pueda estar pasando la mujer y que haya sido uno de los motivos por los cuales quiera interrumpir su embarazo, si bien *“pudo que no haya sido el motivo de consulta de la mujer, pero que se encuentra en un escenario de confianza y contenida, que le permite hablar por primera vez de que está siendo víctima de violencia de su pareja”*.

Cabe mencionar que para Diana *“La psicología en general debería ser un poco más situada y contextualizada, reconocer las necesidades particulares de las personas a quienes atendemos, en general, y en específico sobre estos temas, yo sí creo que la psicología está en mora de hacer unas comprensiones que problematicen las intervenciones que hacemos desde la perspectiva de que no atendemos sujetos de libro, (...) pues invitan a que la psicología también se problematice”*. Teniendo en cuenta lo anterior, la psicología ha trabajado en ello, sin embargo aún sigue siendo un reto el entender a las mujeres no como sujetos estandarizados, en el cual se puede generalizar sus vivencias, dolores y sentires; no todas van a llegar en la misma condición o se irán en la misma condición, por lo que la orientación y el acompañamiento que se brinde debe ir de la mano con la comprensión de que cada sujeto es un mundo diferente.

Por otra parte, las participantes argumentaron frente al sistema de salud que se encuentra en estrecha relación con la psicología y en el que profesionales de la salud como médicos, enfermeras, gineco obstetras, entre otros, también pueden orientar en temas concernientes a la psicología. Ante esto Angélica comenta que *“por cómo está estructurado el sistema de salud, ha sido necesario que la orientación no sólo sea brindada por el psicólogo, sino que sí o sí,*

garanticemos una orientación desde cualquier profesional de la salud". Todo esto, como ya se mencionó en el marco teórico, con el fin de proveer el espacio que permita la interrupción del embarazo sin barreras en el proceso. Sumado a esto continúa diciendo *"en términos de que en el ideal, ojalá pudiéramos ser los psicólogos, por lo que tenemos las herramientas para brindar un acompañamiento donde se construyen nuevos significados con esa mujer, que eso sí lo tenemos, somos nosotros como profesionales"*, contrario a los demás profesionales que pueden ofrecer una orientación detallada del proceso, los lineamientos y temas técnicos, pero son los psicólogos profesionales quienes tienen las herramientas para construir nuevos significados, comprender el contexto y poder contener emocionalmente, y garantizar un acompañamiento más completo en el cual se logre re significar la experiencia de la mujer.

Sumado a lo anterior, Valeria argumenta que la percepción que se tiene acerca de la ausencia de empatía por parte del personal o los profesionales de la salud, se debe en parte a que no cuentan con los recursos y conocimientos que les permitan abordar situaciones difíciles, como contención emocional, un diálogo cuidadoso hacia las mujeres, etc. Y es precisamente por esto que ella considera que *"sería muy chévere ese acompañamiento psicológico con las mujeres pero también hacia esos profesionales que están atendiendo a esas mujeres"*; dentro de la entrevista argumenta que, parte del trabajo que ella considera hace parte o podría ser parte del papel de la psicología es la atención no solo a las mujeres que quieren interrumpir su embarazo, sino también hacer una atención psicológica hacia los profesionales de la salud que están atendiendo estos casos. En esta misma línea Diana expone que es necesario dentro del proceso que el psicólogo lleva en el acompañamiento al IVE *"entender quién es el personal de salud, cuáles son sus lógicas, sus necesidades, las jerarquías, las motivaciones y demás"*, para hacer del proceso un acompañamiento integral.

A modo de conclusión, cada una de las participantes expusieron la importancia de generar espacios de reflexión en torno al papel de la psicología y cómo este se encuentra permeado por diversos factores que hacen parte del proceso para brindar un acompañamiento integral dentro de la IVE, y en el cual debe seguir trabajando tanto desde lo académico: *"pienso que hacer investigación sobre esto, desde la psicología es lo que le aporta a que la disciplina empiece a tener en cuenta estos temas como relevantes dentro de la psicología"* Andrea. Así mismo, se comprende que los psicólogos se encuentran ante diversos retos dentro de las entidades y en general al trabajar con un tema como lo es este, pues son quienes pueden hacer parte de ese rol mediador entre la entidad de salud y las personas, además el psicólogo/a debe seguir fortaleciendo el acompañamiento de las mujeres y los profesionales de la salud, pero desde un contexto situado, comprendiendo las necesidades y problemáticas específicas de cada sujeto.

8. Discusión

“Hizo hincapié la Corte en que la mujer en estado de gestación no puede ser obligada a ‘asumir sacrificios heroicos’ ni puede conducirse a ofrendar sus propios derechos en beneficio de terceros o del interés general’.” Women 's Link worldwide y Profamilia (2014)

A propósito de la cita presentada al inicio de este apartado, no está de más recordar que el ordenamiento jurídico es un reflejo de la sociedad, dicho ordenamiento no es inamovible dado que al igual que las sociedades lo constante es el cambio y para ello se deben realizar los ajustes pertinentes y razonables para garantizar el bienestar y calidad de vida de la población. Atendiendo a ello, es que se ha destacado y agradecido el reconocimiento de la IVE como un derecho fundamental.

De todos modos, dirigir la mirada a este fenómeno requiere del foco de la teoría ecológica de los sistemas, pues se gesta en un entramado social de alta complejidad; así, si se quiere analizar la atención del personal de la salud, o la normatividad que hay al respecto, o los procesos psíquicos involucrados en quienes solicitan el servicio, es realmente necesario comprender la interrelación que existe entre los sistemas, lo cual permitiría una meta-observación de la interdependencia que los sistemas presentan entre sí y que dan lugar a las situaciones que han tenido que vivir, y que siguen viviendo, las personas involucradas en el proceso.

Para ello, se tendrá en cuenta que “La atención de una IVE requiere una atención integral y de calidad en salud, que tenga en cuenta el contexto de la mujer y las afectaciones previas a su salud y derechos. La atención en estas condiciones debe darse antes, durante y después de la realización del aborto” (Women 's Link worldwide, 2014, p. 18-19); por lo tanto, se presentarán los análisis a la luz de tres momentos, antes, durante y después de la IVE, tejiendo los hallazgos teóricos e investigaciones que se han mencionado hasta ahora, más las narraciones de las profesionales que amablemente participaron de las entrevistas para la presente investigación, todo ello con la intención de traer las voces de las mujeres que han experimentado este proceso.

En primer lugar, se precisa entender el contexto en el que se encuentran tanto las mujeres como los servicios de salud, eso implica reconocer el entorno en el que se implementa el servicio de IVE ya que varía dependiendo del macrosistema en que se encuentre, para brindar una atención situada. Sin embargo, al parecer dicho análisis contextual en realidad no estaría dándose con plenitud y se evidencia en que “no es casualidad que las muertes maternas se concentren en adolescentes, mujeres pobres, indígenas, marginadas o desplazadas, a quienes la maternidad ubica en una situación de vulnerabilidad asociada a la exclusión en salud.” (Ministerio de Salud, 2014, p. 11), con mayor fuerza se expresa la interseccionalidad más no precisamente para marcar una atención con un enfoque diferencial, sino resaltando las desigualdades estructurales existentes, y esto lo mencionaba Angélica al exponer que “*en Bogotá converge el tema de la migración, el desplazamiento, otro tipo de violencias que han tenido que vivir las mujeres*”.

El enfoque de género permite identificar desigualdades en el proceso de IVE puesto que comprende las diferentes posiciones de género y poder, y sostiene la importancia de hacer visible la violencia contra las mujeres situándose en un cronosistema y macrosistema específico que permite ver las variaciones que se han dado, desnaturalizando prácticas que vulneran la integridad de las personas y compartiendo con el modelo ecológico la observación de las dinámicas relacionales de determinados fenómenos. Es así que el Ministerio de Salud y las Naciones Unidas (2014) comunican que las mujeres se ven afectadas por procesos relacionados al embarazo, parto, posparto e IVE bajo una sociedad patriarcal que le ha dado un significado a la maternidad como fin último de la mujer y la exalta como característica primordial de lo femenino y castiga lo contrario “*existe toda esta cantidad de construcciones alrededor de la mujer, de cómo la mujer maternal y que evidentemente que renuncia a la maternidad pues es casi que anti-mujer*” Valeria.

Según Barrera (2018), todas las personas están dotadas de conciencia, autonomía y responsabilidad en la construcción de su proyecto de vida, la autora destaca tres elementos: 1) Autonomía individual, materializada en la posibilidad de elegir un proyecto de vida y autodeterminarse, 2) Poseer condiciones de vida cualificadas con elementos materiales para el desarrollo de su proyecto personal y 3) La integridad física y espiritual de la persona para la realización de sus planes personales. No obstante, si se considera el macrosistema colombiano actual, no todos esos elementos son garantizados para la mayoría de la población, y las condiciones culturales inciden considerablemente en el desarrollo de las capacidades de las personas, dicho esto, las mujeres han crecido en un contexto en el que la sumisión ha sido protagonista, su dignidad está supeditada a otras personas y se les coarta de formular sus propias decisiones, se impide el desarrollo óptimo de la autonomía y esta “falta de autonomía de la mujer para decidir sobre su sexualidad y reproducción es el resultado histórico de su opresión en el campo personal, social, económico y sexual.” (Ministerio de Salud, 2014, p. 18).

De esta manera, es posible observar cómo el macrosistema envuelve una serie de condiciones que moldean el ontosistema, es decir, la singularidad del ser en construcción en medio de los múltiples sistemas. Sumado al fenómeno de la IVE, Barrera (2014) citando a Nussbaum (2002) explicita el hecho de que la mujer ha sido tratada como un instrumento que suple las necesidades de otros, como reproductora, cuidadora, dadora de, en perjuicio de su dignidad y construcción individual; además se le ha enseñado a suspender sus metas para favorecer el beneficio de otros, y ello se expresa en el hecho de que se le discrimine por decidir no continuar con un embarazo, o invisibilizando otras circunstancias “*es que no tenemos la educación sexual suficiente, o hay situaciones de violencia que llegan a este punto*” Andrea, dado que el macrosistema patriarcal se ha encargado de privatizar a su beneficio la existencia de las mujeres.

Adentrándose en los dispositivos utilizados para la subordinación de la mujer como máquina reproductora se mencionan algunos elementos que demuestran cómo ha permeado el macrosistema a los diversos onto-sistemas, para esto, se toman los conflictos destacados por Perrucci (2014) a la hora de tomar la decisión de interrumpir el embarazo:

- 1) Conflictos emocionales: Como la culpa, la pérdida y el dolor, estos se hacen presentes cuando las circunstancias alrededor del embarazo o de la decisión de interrumpirlo están acompañadas de emociones negativas que afectan la salud emocional de la mujer.
- 2) Conflictos religiosos: Surgen bajo discursos en los cuales se amenaza la relación entre la mujer y Dios. Cabe aclarar que no se ataca directamente a la religión, sino a cómo se ha utilizado el discurso cultural religioso como dispositivo de control *“ha sido como la manera en que se ha utilizado a nivel cultural para que las personas tomen decisiones por temor a no ser castigadas o socialmente o a nivel de Dios, si la persona es creyente, entonces es desde ahí que se ejerce un control”* Angélica.
- 3) Conflictos morales: Cuyo discurso radica en que *“uno está asesinando a alguien”* Andrea, así la mujer piensa que es incorrecto o ilegal e iría moralmente en contra de sus creencias.

Todos estos conflictos tendrían en común que son creaciones de determinados sistemas culturales, políticos y sociales que finalmente terminan afectando la integridad de las mujeres e ignorando los derechos fundamentales que sí reconocen su valía. En efecto, las creencias del macrosistema en el que se ubique la IVE permean la atención brindada y se expresan de formas particulares en los distintos momentos del proceso, pero no se deja de insistir en que la interrupción de un embarazo “no es un evento premeditado o que se planea con anticipación” (Ministerio de Salud, 2014, p. 187), no sin dejar de comprender que es una experiencia que le corresponde únicamente a la mujer, por lo que es ella quien debe tomar la decisión de interrumpir o no el embarazo (Salas, 2020).

Este preámbulo permite comprender las dinámicas que se llevan a cabo en los tres momentos del proceso y para ello también se recurrirá a la casuística que finalmente es la que da sentido y moviliza el cambio. En principio se sabe que el Ministerio de Salud y Protección Social (2014) ha creado una serie de protocolos y guías mencionadas a lo largo del presente documento, en dichos textos es posible evidenciar la apuesta por el buen trato, digno y de calidad que se debe presentar, pero ello llevado a la praxis contiene innumerables dificultades. Sin embargo, la puerta de entrada a la IVE se enmarca en que “cualquiera que sea el tipo de afiliación a la seguridad social que tenga la mujer y con independencia de su condición social, económica, edad, capacidad de pago, orientación sexual o etnia” (Women 's Link worldwide, 2014, p. 11), pero como se señaló anteriormente, la desigualdad estructural no abre la puerta a grupos como mujeres indígenas, en condiciones de marginalidad social y adolescentes.

Continuando con este proceso, quienes logran acceder a la solicitud de la IVE, se encuentran con el personal administrativo encargado, prioritariamente, de brindarles información, orientación y asesoría, “tanto los funcionarios públicos como el personal de salud deben dar información completa y veraz sobre las tres opciones señaladas, para que la mujer o niña pueda tomar una decisión libre e informada en torno a la continuación o no de su embarazo.” (Women 's Link worldwide, 2014, p. 15). Luego es importante que dentro de la asesoría se les informe sobre las

opciones con las que cuentan y los procedimientos que se llevarían a cabo, mencionando también las opciones posibles según sea el caso, dado que a pesar de estar inmersas en las causales estipuladas por la ley, podrían decidir continuar con la gestación y asumir la crianza o dar el producto de la gestación en adopción (Ministerio de Salud, 2016).

A pesar de que en los protocolos del Ministerio de Salud (2014) se establece que “En ningún momento la orientación y asesoría intenta imponer valores o creencias, como tampoco cambiar las decisiones de la mujer. No pretende aconsejar, juzgar o adoctrinar.” (p.44), es posible aún encontrar prácticas como la que narraba Valeria: *“Recuerdo el caso que me contaba una médico que, era como una EPS que mandaba a las mujeres que habían decidido abortar a una psiquiatra, pero la psiquiatra... tú entrabas al consultorio y tenía todas las paredes llenas de la imagen de la Virgen, la Virgen embarazada, la Virgen lactando, o sea, todas las imágenes religiosas habidas y por haber, donde básicamente en vez de una intervención psicológica y una atención psicológica de esa mujer, lo que recibían era un discurso sobre como abortar era un pecado, etc. y si después de toda la Virgen, la Biblia, el cura (...) Todavía la mujer persistía, entonces pues ahí si la mandaban a seguir como la ruta para poder realizar la intervención”*. Según esto, pareciera que el adoctrinamiento de la sociedad persiste a través de los servicios que se supone deben ser brindados con objetividad, demostrando cómo el macro y exosistema se derraman sobre el mesosistema, poniendo en riesgo las atenciones que incluso están planteadas con la actualización que aparentemente se ha venido realizando con el transcurrir de los tiempos.

Women 's Link worldwide y Profamilia (2014) expresan que “Quienes trabajamos por el respeto y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia, hemos identificado la falta de información clara y confiable como uno de los principales problemas para la implementación del derecho a la IVE” (p. 1). Es importante resaltarlo porque la información no solamente amplía el panorama de comprensión sino que representa un poder, y este poder implica toma de decisiones, y la desinformación vendría coartando el entendimiento y la consiguiente subordinación de pasos a seguir que dan quienes poseen este valioso saber.

La información completa, objetiva, veraz y de calidad debería atesorarse y darse como se concierta en los protocolos, de lo contrario, los esfuerzos invertidos para generar cambios a lo largo del tiempo estarían siendo en vano, no como exageración sino como realidad, así lo recuerda Andrea cuando narra: *“mi mamá trabajó en Profamilia también, pero hace como más de 30 años, cuando eso pasó obviamente ni qué sentencia ni qué nada, y en ese momento también había mujeres que llegaban preguntando a Profamilia por abortos pero entonces ellas se remitían a Oriéntame, pero tú no les podías dar nada, eso me contaba mi mamá, entonces tú les dabas una hoja y les decías mira, toma está hojita y este papel- como existe el derecho a la información y no lo puedes cortar- Entonces les decía como- no, entonces anota en este papelito Calle # no sé qué, no sé qué y de pronto allá te pueden dar información (guiño y risas), esa era la manera de remitir”*.

Por lo que vulnerar el derecho a la información también representaría un retroceso en el marco de las luchas por iluminar la ignorancia, perpetuando la estigmatización de los procesos femeninos como si se tratase de un secreto, un delito, un pecado; viendo la historia citada era casi como retratar el en siglo XXI la persecución de las brujas, nuevamente explicitando la forma en que el cronosistema en ocasiones gira mezclando las diversas épocas de la historia y repitiéndolas en la actualidad. El brindar la información es garantizar un derecho, es ejercer un poder y también el no hacerlo constituye un peligro como si se tratase de un secuestro de un conocimiento que le pertenece igualmente a quien solicita el servicio.

Añádase a lo anterior el hecho de que *“el sistema de salud no ha generado un proceso de difusión de la información como se debe, que permita tener claridad de que la interrupción del embarazo es gratis en Colombia ante el sistema de salud se puede entrar a exigir dentro de la consulta médica.”* Angélica, ello cuestiona y remite a recordar si en su cotidianidad se ha topado con información respecto a la IVE, como un servicio gratuito brindado por las EPS, denotando que podría ser un factor que influye en el hecho de que las mujeres continúen acudiendo a lugares privados o clandestinos para realizarse este procedimiento. Cabe decir que es imperativo capacitar al personal administrativo en el marco de la IVE con el fin de brindar información veraz, clara y oportuna, que ofrezca asistencia ágil y de calidad, que garantice también la confidencialidad y el bienestar de las mujeres (Morillo et. al. 2007).

Posteriormente, quienes logran pasar la barrera de entrada para acceder a la solicitud formal de IVE, se encuentran con el personal de salud cuyo papel es fundamental entre las mujeres y los servicios brindados por la institución, desde este lugar se puede favorecer el acceso ágil y oportuno al servicio; aunque, como es de esperarse, este proceso pareciera configurarse como un juego con niveles que habría que desbloquear para poder pasar al siguiente, y en este momento

El hecho de que los profesionales de la salud no siempre tengan conocimiento sobre las disposiciones legales o que no deseen participar en la IVE, así como el uso no adecuado de la objeción de conciencia, basado en creencias religiosas morales o éticas, interfiere en la voluntad y decisión libre de la mujer y excluye la obligación ética del personal de salud. (Lezcano y Coime, 2018, p.62)

Teniendo esto en cuenta, las valoraciones iniciales del personal de salud que atiende la solicitud de IVE también están mediadas por sus creencias ya que no se podría pensar al personal de salud como sujeto aislado de su contexto, de ahí se desprende la reflexión de Angélica: *“Es porque claro, yo soy humana, entonces requiere una revisión constante, sobre todo al trabajar en estos temas, de que al final uno si está permeado por la estructura patriarcal, por el machismo, y que en algunos momentos y se te viene al pensamiento que uno dice -umm y por qué ella está tomando esa decisión- (...) eso puede pasar a cualquier profesional, pero el aspecto ético es un trabajo diario”*

Una vez que ello se reconoce es posible comprender la praxis permeada de un sistema de creencias patriarcal que condena a la mujer que va en contra de lo establecido y son procesos casi que automáticos, pues en ocasiones resultan incomprensibles las razones particulares que determinan un actuar, y este campo se expresa en barreras de acceso o malos tratos, además de que “las interpretaciones restrictivas también afectan el derecho al ejercicio de la autonomía en el profesional y la posibilidad de que la mujer pueda ejercer el derecho a decidir.” (Lezcano y Coime, 2018, p.63); no obstante, se precisa que *“estos hombres y mujeres no necesariamente hacen un ejercicio deliberado de esas formas de violencia que tienen lugar en la atención a mujeres” Diana.*

En este orden de ideas, no es el objetivo del presente documento el condenar al personal de salud por su actuar ya que sería injusto generalizar diciendo que todo el servicio vulnera los derechos, sino comprender el fenómeno y las relaciones que hay entre este grupo y las mujeres que solicitan la IVE, por lo que invita a entender que son seres humanos también inmersos en un mesosistema cuyas exigencias sobrecargan, en la mayoría de ocasiones, a estos profesionales, *“entendiéndolo como hombres y mujeres que están ejerciendo su profesión en unas lógicas que a veces no han elegido, sin quitarles su posibilidad de agencia” Diana.* Dicho mesosistema en el cual se ubican las instituciones de salud en Colombia también está diseñado bajo un modelo capitalista de producción en el que la atención se lleva a cabo como fábricas en serie, donde pasan gran cantidad de pacientes al día por un mismo profesional, despersonalizando la atención, impidiendo el tiempo necesario para contextualizarse y conectarse con la otra persona, puesto que se debe correr con las agendas del sistema preestablecido a costa de la cosificación no solamente de la mujer sino del personal de salud, enajenándoles de su humanidad, sin ignorar que *“por las condiciones del sistema de salud y las condiciones laborales que también son precarias y violentados y violentadas también” Diana.*

Después de haber expuesto esta situación es oportuno abrir un paréntesis para remitirse en el tiempo a aquellos momentos en que el profesional de salud estuvo inmerso en un mesosistema distinto denominado educación para comprender que *“este personal de salud son hombres y mujeres que encarnan el sistema biomédico, encarnan el modelo médico hegemónico, unas formas de hacer y una prácticas para las cuales han sido disciplinados entrenados, educados, legitimados.” Diana.*

Las entrevistadas expresan una preocupación respecto a la educación brindada acerca de los derechos humanos y la perspectiva de género, en donde se limitan a estar presentes en materias electivas según decisión del estudiante, más no como requisito para comprender los mundos a los que se acercan a la hora de ejercer su profesión, ello implica que no se les dote de herramientas suficientes y necesarias al estudiantado para garantizar no solamente un servicio integral sino que se invisibilizan sus afectos, es decir, sus inquietudes, miedos, preocupaciones que implican estos fenómenos de salud; Diana expresa que: *“Si uno revisa los pensum de especialidades dedicadas a la atención de salud en las mujeres (...) es escaso que haya una aproximación desde la humanización o desde el reconocimiento de los derechos de las mujeres, eventualmente habrá una*

clase de derechos sexuales y reproductivos pero entre que se lo aprendan en una diapositiva y en la consulta entiendan que la mujer que está al frente es un sujeto de derechos y que puede decidir y que además debería ser suficientemente informada para decidir sobre un procedimiento u otro, ahí hay una ruptura”.

Cerrando el paréntesis sobre la educación, se da continuidad al camino en el proceso, momento en el que se establece una relación entre el personal de salud y las mujeres en la consulta para solicitar la IVE y se suman a este encuentro los estereotipos configurados en las creencias alrededor de este derecho, “los prejuicios y estigmas sobre quienes solicitan y practican la IVE impiden que se den las garantías en la calidad del acto médico” (Lezcano y Coime, 2018, p. 63), en donde Angélica menciona que *“una atención inadecuada está muy orientada a que se mezcló aspectos personales dentro de la orientación, tu opinión personal ahí no debería entrar, ni tus creencias personales tampoco, es decir, toca actuar desde el escenario profesional”*, puesto que mediar la atención a través de prejuicios afecta la prestación del servicio, dado que se podría limitar la información que se les debería dar a las mujeres, o *“se responsabiliza también muchas veces a las mujeres del estado de salud del embarazo, del bebé o del feto que hay allí, básicamente qué hizo, qué comió, cómo se comportó, qué pasó, hay todo un estado constante de tutela de la mujer”* Valeria, y ella misma añadía el hecho de que se juzga a la mujer por su decisión de no querer traer un hijo al mundo.

Para ilustrar la dificultad del papel de los estigmas en la relación médico-paciente se traerá una historia narrada por Andrea en su experiencia laboral dentro del ámbito de la IVE: *“Tenía un compañero que decía -es que ella es una reincidente- me decía, y yo le explicaba -que no son reincidentes, los que reinciden son los delincuentes, no puedes decir eso-, -pero es que si lo hace dos o tres veces ¿qué es? un reincidente- y yo: -no son reincidentes, no pueden reincidir porque no están cometiendo delitos- en fin. Entonces él les decía por ejemplo -no, es que reincidiste- (...) Y digamos que son detalles, pero para mí era como, terrible que dijera eso”.*

Y en efecto, tales verbalizaciones a la hora de atender, atentan contra la dignidad, el honor y la integridad de las mujeres, no solamente reflejan el desconocimiento de la normatividad relacionada con la IVE, sino que demuestra que tampoco el personal de la salud ha sido entrenado para observar qué hay de fondo para que una mujer pida este servicio por segunda o tercera vez; hay que observar su contexto, cuestionarse qué sucede con la orientación respecto a los métodos de planificación familiar, cuáles son las condiciones sociales, económicas, educativas y personales de esa mujer, pues no se reconocería que tal vez está pasando por distintas violencias, y solamente se sitúa desde una posición cómoda de juzgamiento, una posición que incluso es anti-derechos pues el personal de salud –aunque no está permitido- podría impedir a la mujer el acceso al servicio de IVE.

No es extraño que las concepciones acerca de las mujeres que solicitan la IVE se relacionan con una supuesta negligencia por parte de ellas dado que: *“A veces se piensa, que la IVE es de*

mujeres que no quieren el embarazo, y está esa idea de -Ay no se protegió, ay pero por qué fue a abrir las piernas- que además esto es súper común y se ve desde el personal de la salud, hasta la gente en general” Valeria. Desde estas concepciones, las personas tienen la sensación de poder tomarse el derecho de juzgar a las mujeres y limitarse a ello, dando la espalda a la problemática que invita a cuestionarse, desde otros macrosistemas, cómo se está construyendo sociedad y cuál es el papel que se tendría que jugar para afrontar este fenómeno. Cabe señalar que si se trabaja únicamente bajo estas suposiciones se pierden de vista otras posibles situaciones por las que se solicita el servicio, a continuación se expondrá un caso narrado por Andrea dentro de su experiencia laboral:

CASO 1. Se acerca una joven pareja a una institución privada para acceder al servicio de IVE. El joven solicita que le practiquen la interrupción voluntaria del embarazo a su mujer pues no estaba planeado el embarazo, dice que él costeará los gastos. La profesional que atiende la solicitud nota un comportamiento extraño en la mujer, por lo que habla con ella aparte de su pareja, la joven le expresa que ella sí quiere llevar a término su embarazo y con su madre han acordado criar al bebé, pero la pareja de la joven no accede y la obliga a interrumpir el embarazo buscando estos servicios “porque ella no se cuidó”.

A partir de casos como este es posible contemplar que hay varias situaciones adversas involucradas en este proceso, y aquí se resalta que la profesional que atiende a esta joven pareja, desde su profesión como psicóloga, logra identificar una situación de violencia de pareja, pero se deja abierta la reflexión respecto a cómo habría sido la atención si se hubiera dado desde el juzgarla como irresponsable, bajo la visión patriarcal en la que se justifique la interrupción porque él no quería asumir la paternidad, o con la creencia de que la mujer es la única “que se debe cuidar” para evitar estas situaciones, no sin advertir que no todos los profesionales se encuentran capacitados para identificar violencias de fondo ante las solicitudes ya que no cuentan con las herramientas necesarias para hacerlo y las decisiones tomadas en adelante podrían arriesgar la integridad de la mujer.

Eventualmente se hace presente el estigma de creer que la mujer es egoísta por no querer asumir la maternidad, sin ubicarla dentro de las lógicas de los sistemas de los cuales hace parte, y es aquí cuando se cuestiona sobre el egoísmo, cuando se les pide o ruega que no interrumpan su embarazo y pensando que efectivamente lo lleve a término, aparece la pregunta respecto a ¿quién se encargará de ese ser humano?, ¿cómo será su crianza?, ¿qué pasará con esa mujer?, es preciso recordar que existe la corresponsabilidad repartida entre el Estado, la familia y la sociedad, quienes han jugado un papel determinante para impedir o facilitar el acceso a este servicio, pero si no se interrumpe ese embarazo, ¿cuál de estos actores se hará cargo de esta nueva persona en el mundo?, por el momento, la actuación de estos personajes únicamente llega hasta que no se interrumpe el embarazo y salen de escena, de nuevo se cuestiona sobre quién está siendo egoísta y se combina con el reflexionar acerca de los círculos de violencia, abandono y maltrato en la sociedad colombiana, que se ha gestado de generación en generación.

Para añadir un estigma final, no solamente recae sobre la mujer que toma la decisión de ejercer su derecho, sino sobre los profesionales de la salud que garantizan el servicio, *“estigmatizan no sólo al usuario, sino también a los profesionales, entonces -¿ya cuántos niños lleva este año? ¿Ya cuántos ha matado este año? -” Andrea.*

Retomando el camino en el proceso de IVE, es procedente llegar a la certificación expedida para acceder al servicio, y aquí la pregunta común frente al IVE es quién puede autorizar el aborto, la respuesta es “En cualquiera de las circunstancias en las que una mujer o niña tiene derecho a una IVE, es ella directamente, de forma libre, quien debe tomar la decisión de continuar o no con el embarazo” (Women 's Link worldwide, 2014, p. 14), por tanto el certificado médico es un formalismo que confirma la existencia de alguna de las tres causales así como la denuncia al tratarse de casos de algún tipo de abuso sexual, entonces dicho certificado “No es una autorización para la IVE” (Women´s Link Worldwide, 2014, p.25). Es por ello que en la Sentencia T-636 de 2011 queda establecido que la EPS no puede censurar las decisiones de las mujeres sobre su sexualidad, sino evaluar si la IVE es procedente según el caso bajo criterios científicos que garantice el derecho al acceso de salud.

Respecto a casos de abuso sexual se hace expreso el hecho de que “El avance en el proceso penal por violación es independiente de la prestación del servicio de IVE, que debe realizarse con la sola presentación de la denuncia” (Women 's Link worldwide, 2014, p. 14), así, no se debe exigir sentencia de fallo condenatoria del Juez para que la mujer acceda a la IVE, únicamente haber presentado la denuncia, pero se presentan casos como el que expuso Andrea:

CASO 2. Una mujer acude a una institución privada para solicitar la IVE, expresa que hace un tiempo sufrió de acceso carnal violento y que va a interponer la denuncia, ella se encuentra en estado de embarazo y comenta que se dio a partir del abuso. Se le informa que al hacer la denuncia también se adjuntará a su historia clínica. Sin embargo, al poner la denuncia, la persona que la atiende le dice que ella recibía la denuncia y que si era para abortar, ellos iban a verificar si el feto era del novio o del abusador, y en caso de que fuera del novio a ella se la llevarían presa.

Con lo revisado hasta ahora, el trato recibido por la funcionaria en donde la mujer denuncia es violento, pues la amenaza bajo un supuesto, y no está de más recordar que ella tiene derecho a ejercer su sexualidad libremente, pero ello no debe ir en perjuicio de que ha sufrido un abuso sexual y por ello es que primordialmente interpone la denuncia, en ningún protocolo ni en ninguna sentencia de la Corte Constitucional está estipulado que se le deban realizar exámenes de ADN al feto para determinar si a ella se le puede practicar la IVE, así como se expone inclusive es contradictorio, porque se la condena desde un principio a asumir una maternidad no planeada ni deseada o ir a prisión.

Esta situación demuestra cómo la sociedad continúa rigiéndose bajo sistemas de creencias patriarcales que prefieren ignorar los derechos y protocolos establecidos por actuar bajo sesgos

que van en contra de la ética profesional y sobre todo de la vida e integridad de muchas mujeres y niñas, tal como mencionaba Valeria:” *Vieran la cantidad de niñas que están procesadas, que tienen un proceso penal abierto por aborto ¡es una vergüenza! Y uno mira y finalmente han acudido al servicio de salud sangrando, entonces las cogen y les dicen -¡Ah! Aborto- y finalmente se dan cuenta que abortaron en un lugar clandestino, tienen una hemorragia, les atienden la hemorragia y le avisan a la policía”.*

Es inconstitucional inclusive dado que la normatividad expresa que si una niña menor de 14 años se encuentra en estado de embarazo se presume que ha sido víctima de abuso sexual, pero en la realidad, aún hay casos en que se procesa a la niña por haber acudido a un aborto, en ocasiones ilegal arriesgando su vida, en lugar de asumir la presunción de abuso sexual y realizar las investigaciones pertinentes. Además, en casos en que se exigen los avances de la investigación luego de la denuncia, tampoco estarían acogidos a la normatividad “y una denuncia en el ámbito de la salud en términos de la interrupción es complicadísimo porque un embarazo no planeado no da espera” *Angélica.*

Por último en este punto de la certificación, es imperativo comprender que en la Sentencia T-841 de 2011 queda establecido que “Este derecho reconoce que este tipo de decisiones son personales, pues la decisión de la mujer de tener hijos no debe estar limitada por el cónyuge, el padre, el compañero o el gobierno” Magistrado Ponente Humberto Sierra Porto, y como se ha evidenciado en los casos expuestos hasta ahora, pareciera que son otros agentes de la sociedad quienes deciden por la mujer, así que: “*es realmente algo social, pasa en la familia, pasa en la institución pero también te puede pasar en tu grupo de amigos y también te puede pasar con tu pareja, cualquier persona puede ejercer presión desde esa posición y es una posición anti derechos realmente, sí, lo único que puede ir en contra de esto es decirle decide tú sobre tu cuerpo, qué quieres hacer, eso está pasando dentro de tu cuerpo, sí, y tienes alternativas frente a eso, no estás obligada a parir si no quieres” Andrea.*

Para recoger lo expuesto hasta el momento y dar paso a otras consideraciones de este análisis se precisa presentar un caso tomado de realidades expuestas por Women's Link Worldwide y Profamilia (2014):

CASO 3. Una niña de 14 años fue abusada sexualmente volviendo a su casa en una zona rural; con el apoyo de su mamá van al hospital público de su zona con una copia de la denuncia penal por violación para realizarse una IVE. Después de 13 días de hospitalización, de juntas médicas y reuniones, el cuerpo médico se declara como objetores de conciencia; luego, la EPS de la niña la remite al hospital público de la ciudad más cercana y asume su traslado. Allí piden la presencia de los dos padres de familia, a pesar de que la niña y su madre afirman claramente su decisión de realizarse la IVE. Así, los funcionarios del hospital reconocen que no hay fundamento legal para solicitar la presencia de los dos padres y que han cumplido con los requisitos para realizar la IVE. Finalmente, la niña es atendida en condiciones de integralidad y calidad por el personal en donde realizan la IVE.

Si bien finalmente se logra brindar el servicio de IVE a la niña, es posible observar cómo factores como la edad, la zona rural en la que se encuentran y posiblemente la desinformación sobre este servicio, se configuraron como barreras de acceso al servicio y aumentan innecesariamente el tiempo de gestación. Acá llama la atención frente al hecho de que “las niñas y adolescentes menores de 18 años, tienen derecho a expresar libremente su consentimiento para realizar una IVE, con independencia de si esta voluntad coincide o no, con la de sus padres o representantes legales” (Women 's Link worldwide, 2014, p. 83). Este caso ejemplifica prácticas que más adelante se abordarán pero que están expresamente prohibidas por los lineamientos del IVE tales como, exceder los días en que se debe realizar la IVE una vez solicitado el servicio, lo cual debería suceder dentro de los 5 días siguientes, la prohibición de llevar a cabo juntas médicas que sólo retrasan la atención, y la objeción de conciencia de forma colectiva e institucional, la cual está prohibida (Women 's Link worldwide, 2014).

Profundizando en este último aspecto, si se ha accedido a la IVE puede que el médico se declare objetor de conciencia. Esta figura “es un derecho personalísimo que responde a manifestaciones íntimas relacionadas con convicciones morales, filosóficas o religiosas de las personas.” (Ministerio de Salud, 2016, p.4), pero solamente cubre a los profesionales de la salud que están involucrados directamente en la realización de la IVE durante el procedimiento, más no quienes realizan labores administrativas, de información, preparación o cuidado post-aborto.” (Women 's Link worldwide, 2014, p. 16). Por tanto, el objetor de conciencia además de ser únicamente el personal de salud que realice el procedimiento, no está excusado de hacer la consulta inicial y dar la información veraz sobre las causales legales y las opciones con las que cuenta la mujer (Ministerio de Salud, 2014), y Andrea analiza este aspecto que a pesar de ser claro y explícito, es de las figuras que más se usan para no realizar la IVE y responde también a las relaciones existentes con el macrosistema: *“puedes objetar, pero usted no puede objetar no dar información, eso no es posible, eso es un derecho de la persona, y pues a veces es difícil porque uno tiene esas creencias muy arraigadas y son parte de una estructura muy grande también, por ejemplo, eso de que las adolescentes no tengan relaciones, en mi opinión, eso viene de la misma idealización de la sexualidad reproductiva de las mujeres”* Andrea.

Por consiguiente, “como todos los derechos en un Estado democrático y pluralista, no es absoluto y no puede interferir en el disfrute de los derechos de terceras personas.” (Women 's Link worldwide, 2014, p. 30), y respondiendo a ello es que está establecido que el objetor de conciencia debe, obligatoriamente, remitir a la mujer o niña a otro profesional de salud no objetor disponible para realizar la IVE, pero en Colombia llega a suceder, tal como contaba Diana, que ha habido médicos que incluso se deben trasladar de ciudades para realizar la IVE dado que en esos sitios se han declarado objetores de conciencia la mayoría del personal de salud.

Para sopesar esta problemática, en las Sentencias T-209/08 y T-388/09, la Corte Constitucional ordenó adoptar medidas para que las EPS e IPS públicas y privadas, laicas o confesionales, cuenten con profesional idóneo y suficiente para la atención de este servicio, orden

que acoge a todos los niveles territoriales asegurando la IVE a nivel departamental, distrital y municipal. Por ende, las instituciones deben contar con personal no objetor para la prestación del servicio de IVE con el fin de evitar la penosa situación de excluir este derecho (Women 's Link worldwide, 2014, p. 30). De esta manera, se busca la conciliación entre la objeción de conciencia y los derechos de la usuaria como una obligación institucional que no debe pasar por juntas médicas dado que los motivos por los cuales se objeta deben ser confidenciales, así que usar la objeción de conciencia como obstáculo para impedir el acceso a la IVE está absolutamente prohibido aunque se practique de tal manera, *“realmente el sistema de salud no puede negarse a una solicitud de una IVE (...) Es decir, está a tope de una demanda por parte de una mujer o de una organización.”* Angélica.

Aterrizar estas insistencias con un caso es la mejor forma de ilustrar el uso incorrecto de este derecho:

CASO 4. Una mujer queda embarazada por cuarta vez y en la ecografía advirtieron que el feto tenía una malformación denominada anencefalia, en otra ecografía descubrieron otras malformaciones tales como cardiomegalia con cardiopatía congénita y dextrocardia, así como defecto de la pared anterior del abdomen. Ella solicitó una IVE en el hospital público y le dijeron que solamente le harían la IVE si existía una orden judicial; ella interpone una tutela pero el juez en primera instancia alegó objeción de conciencia. Cuando el caso llegó a la Corte Constitucional, el embarazo era de 32 semanas y a ella le habían realizado una cesárea de urgencia, 5 minutos después el bebé murió.” (Women 's Link worldwide, 2014).

Sin perder de vista la crueldad con la que manejaron el caso y la vulneración de todos los derechos de esta mujer, habrá pensado que para este caso sólo habría sido necesario el certificado médico en el cual se mostraran los hallazgos de las ecografías, pero fuera de todo contexto e ignorando todos los protocolos y sentencias emitidos para la IVE, le piden un documento fuera de lugar para su situación y “exigir otros requisitos, como autorizaciones de terceros, está prohibido” (Women 's Link worldwide, 2014, p. 85). Además de que la objeción de conciencia solamente aplica para el personal de salud que vaya a realizar el procedimiento, este juez se declara objetor de conciencia, lo cual está prohibido y no solamente representa denegación de justicia sino que puede acarrear responsabilidades disciplinarias.

Es pertinente considerar las reflexiones que las participantes comentaban, pues observaban que las condiciones de sus contextos determinaban en gran medida su acercamiento a estos procesos que tienen lugar en sus cuerpos, comentando que a pesar de que no es usual que las usuarias soliciten la IVE en el último trimestre de su embarazo, igualmente pasa y se encuentran con desigualdades implicadas en que: *“La mujer terminó accediendo al servicio súper tarde pero no porque quisiera sino porque tuvo muchos problemas con sus sistema de salud, no se lo hicieron, porque se detectó una malformación muy tarde, porque el hombre la presionaba y no la dejaba salir, también un grado de escolaridad muy bajito que le permita no tener una percepción muy clara también de sus cambios corporales, entonces cuando una mujer está entre un embarazo tan*

avanzado es porque también tuvo que enfrentar un montón de vicisitudes pues para llegar hasta ese punto.” Angélica.

Y en esta línea las interpretaciones sobre la figura de la IVE varían de una población a otra, mientras unas personas la ven como un derecho, otras la ven como un delito *“pero otras mujeres ya han sido víctimas de desigualdad social y lo ven como la última opción que tienen” Angélica.* De igual manera, Angélica nos invitó a pensar sobre otro tipo de poblaciones que no suelen ser tenidas en cuenta comúnmente, y lo vivió con sus casos en donde: *“Los hombres trans viven hechos de violencia sexual y tuvimos ese tipo de atenciones (...), no podemos hablar solo de mujeres, porque también los hombres trans pueden llegar a vivir por el hecho de tener un útero y tener una relación ocasional con una persona de diferente sexo, pero que puede pasar y que sigue siendo trans, o porque vivieron un hecho de violencia sexual”.*

Ante hechos como los presentados en los casos, en donde la integridad e inclusive la vida de quienes buscan este servicio se encuentra en peligro, están la Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales para investigar y sancionar EPS e IPS, respectivamente, que se nieguen a prestar el servicio de IVE en los términos establecido por la Corte Constitucional (Women 's Link worldwide, 2014); pero a pesar de la existencia de estos entes, se presentan constantes violaciones a los derechos, *“el Estado te viola y ¿por qué te viola?, pues porque te está obligando a tener un cuerpo extraño dentro de ti que tu no quieres tener” Valeria.* Estas reflexiones llevan a preguntarse qué tanto el cuerpo de la mujer es un producto maleable a merced de otros, bajo prácticas socialmente justificadas y encarnadas en personas que han interiorizado en lo más profundo de su ser unas creencias establecidas en un macrosistema que incluso pareciera no querer que el cronosistema siga su curso con sus respectivos cambios; tal como decía Andrea: *“Es que eso nos pasa a las mujeres en muchos aspectos de la vida, o sea es como si existiera todo el discurso, como si estuvieran disponibles en el discurso todas las formas de coartar la autonomía de las mujeres”.*

Volviendo a los cuerpos involucrados en la IVE se llega al punto del camino en el que se realiza el procedimiento, quienes han logrado llegar hasta acá, como hemos visto, la mayoría de veces han pasado por grandes barreras y hasta malos tratos, y lastimosamente este paso tampoco es la excepción. Desde que se llega al consultorio médico *“y le dice -Pase señora, acuéstese en la camilla, quítese la ropa interior, póngase la bata y acuéstese en la camilla- que es lo que nos dicen (...) es como si nosotras perdiéramos la identidad particular.” Diana.* El cuerpo, como es objeto de conocimiento del personal de salud, deja de ser propio y pasa a ser objeto de manipulación de un tercero enajenado de un ser sentipensante recostado en la camilla, y sin la pretensión de atacar al personal de la salud, se entiende por el contrario, que también sus cuerpos son manipulados por este sistema en serie de atención en donde las exigencias sobrecargan sus vidas, les despersonaliza y les obliga a cumplir con una cantidad de horas tan extenuantes que terminan inclusive quitándoles el sentido por el cual han escogido esa labor.

Se advierte que los dispositivos de control afectan a todos los seres humanos, incluyendo al personal de salud femenino; Diana cuenta que algunas médicas también han sido violentadas en el ámbito cuando sus cuerpos han estado a disposición de otras personas, quienes eligen por ellas sobre su salud sexual y reproductiva; mientras se recuperaban de una cirugía sus esposos autorizaban practicarles la ligadura de trompas o el pomey mientras se encontraban dormidas, o que a pesar de realizarles dicha cirugía igualmente quedaban embarazadas, y finaliza reflexionando acerca de que: *“las mujeres no sabían qué procedimientos habían tenido lugar en sus cuerpos” Diana*. Nuevamente queda en evidencia cómo las personas han sido expropiadas de sus cuerpos, en el ejercicio del poder en donde sólo quienes tienen el saber pueden actuar, es por eso que *“Nosotras no podemos ser ciudadanas en salud si antes no hemos habitado nuestros cuerpos.” Diana*.

Por otra parte, la infraestructura que materializa al mesosistema en la IVE genera una serie de críticas y cuestionamientos precisamente porque no existe un espacio adecuado y designado específicamente para atender a las mujeres en este procedimiento: *“ojo que las mujeres también de IVE, sobre todo las de IVE tardía van a esas salas de parto, o sea, se acuestan al lado de la mujer que está en trabajo de parto, y eso también era bien significativo” Diana*. Es completamente descuidado y maltratante este hecho porque repercute en la salud mental de las mujeres que intentan recuperarse de este evento, porque no está de más recordar que no todas van por embarazos no deseados, la IVE también se practica para mujeres cuyo feto no es viable, pero eso no implica que no lo deseen; o quienes han tenido que pasar por la crueldad de un abuso sexual y continuar sufriendo en estos procedimientos; se trata de una infraestructura *“que finalmente no tiene una sala para duelo, que no tiene atención psicológica para la mujer que acaba de perder su embarazo, que no tiene atención psicológica para la mujer que requiere de una IVE” Valeria*.

Dicha situación generaría traumas para las mujeres que pasan por la IVE, un dolor muy grande en donde se hace presente la discriminación de situar a una mujer que ya no tiene un bebé consigo, junto a otras que se encuentran con sus bebés, situándolas en las miradas juzgadoras de quienes se encuentran permeados por un sistema de creencias que las tacha de egoístas. Y durante todo este proceso tampoco se brinda cuidado en la atención y el tiempo requerido para una recuperación decente pues *“lo que pasa es que no hay tiempo en la lógica de las instituciones” Diana*; y este tiempo no sería el suficiente como para explicar con mínimo tacto que se ha realizado el procedimiento o para quienes han tenido abortos espontáneos el comunicar que se ha perdido el bebé: *“Y de eso conozco así de casos que han tenido una pérdida, que incluso les dicen -El producto no tiene latido-, así se enteran que su bebé murió (...) las ponen en recuperación ahí, viendo a todas las mamás con sus recién nacidos que están lactando a sus bebés, y ellas salen absolutamente traumatizadas de la situación” Valeria*.

Ahora bien, para ejemplificar otra problemática identificada durante la prestación del servicio de IVE se mostrará el siguiente caso:

CASO 5. Una mujer que es abusada sexualmente en el bus en donde se trasladaba de Buenaventura a Cali, presenta la denuncia y se acerca a un hospital para solicitar la IVE. El procedimiento fue realizado, pero se efectuó en la misma habitación donde otra mujer estaba en parto. Cuando termina, la enfermera le deja el producto de la IVE en la mesa de noche del hospital y le dice: *ahí verá qué con hace eso.* (Women 's Link worldwide, 2014).

En este punto se indica que: “La práctica de la IVE en lugares donde se realizan partos, va en contra de los derechos a la dignidad, a la integridad personal, a la salud, a la libertad de conciencia, a la autonomía y a la vida privada de las mujeres y niñas. Así mismo, puede ser clasificado como un trato cruel e inhumano” (Women 's Link worldwide, 2014, p. 87). Con este caso, cabe decir que “El personal de salud que maltrata a las solicitantes de una IVE, además de incurrir en una violación a la ética profesional, es responsable civil, disciplinaria, administrativa e incluso penalmente” (Women 's Link worldwide, 2014, p. 87), con actos tan desgarradores e inhumanos como es el dejarle el producto de la IVE para que la mujer lo vea, más aún, cuando se les dice que ellas son quienes deben saber qué hacer con ello, va en contra de todos los derechos y hasta resulta ser una tortura, precisamente porque “la disposición de los productos derivados de la IVE es responsabilidad de los prestadores del servicio de salud no de la mujer o niña.” (Women 's Link Worldwide, 2014, p. 87).

Recordando el Caso 2, la mujer logra realizar la IVE en un hospital y cuenta que le dejaron el producto del embarazo al lado de la camilla para que ella lo viera, ella se quejaba del dolor y reporta que nadie la atendió: “*ella dijo -Si yo no hubiera estado tan segura yo creo que yo me hubiera matado en ese hospital porque fue horrible lo que tuve que vivir*” Andrea. No está de más advertir que “Tanto para el caso del tratamiento con medicamentos como el tratamiento quirúrgico es absolutamente inadecuado y violatorio de los derechos de las mujeres obligarlas a mirar, conservar o disponer del producto de la concepción.” (Ministerio de Salud, 2014, p. 63), por lo que se deberían investigar este procedimiento por las entidades designadas dado que nada justifica los malos tratos, cruel e inhumano que han tenido que recibir muchas mujeres a costa de un macrosistema diseñado para “castigar” la contra hegemonía: “*Todos esos castigos y esta violencia a la cual se ven expuestas las mujeres en el momento de reclamar sus derechos, porque este es un servicio de salud tienen que ver con los estereotipos de género que se han construido alrededor de las mujeres y con todas estas visiones digamos estereotipadas sobre la mujer, sobre el embarazo, sobre que si la mujer no es maternal pues básicamente ni es mujer*” Valeria.

Llegando al paso final de este arduo camino, se encuentra el después del procedimiento de la IVE, en donde, a partir de los estudios realizados por Salas (2020) se concluye que

“la mujer siente vergüenza después de someterse al aborto, esto a razón de que la decisión se enmarca en valores sociales y se asocia con la exposición y juicio por parte de otros; así pues, la mujer que se juzga a sí misma lo hace con base en consensos sociales existentes y pensando que será juzgada por otros en su contexto, ya que el aborto se define usualmente

como un crimen, convirtiendo a la mujer en objeto de vulnerabilidad por dicha exposición.” (p. 24)

Como se decía al inicio de este apartado, se hace uso de dispositivos de control inmersos en el área afectiva de las mujeres para generar un sentimiento de culpa y vergüenza luego de haber accedido a un servicio que finalmente es un derecho y *“¡la culpa! Yo digo que es uno de los dispositivos más grandes que existe del causamiento de las conductas de las mujeres, entonces siempre está en tela de juicio el comportamiento de la mujer” Valeria.*

Asimismo, en estudios realizados por Morillo et. al. (2007) se identificó que “Ninguna de las mujeres refirió si (...) en la clínica se les concierta cita o algún tipo de control postaborto, salvo el seguimiento sistemático que se lleva a cabo en la clínica unos días después de la IVE.” (p. 316). Siendo así, dónde queda el acompañamiento para una óptima recuperación de la mujer, pues se comprende la salud de manera integral, quedando probablemente con un sentimiento de desolación y un estigma aún más grande por haberse practicado una IVE, arriesgando las redes de apoyo con la que cuente la mujer. Al no haber algún tipo de asesoría u orientación respecto a su salud sexual y reproductiva, es que se sigue alimentando el fenómeno de embarazos no deseados o abortos clandestinos a pesar de que “Una parte de estas mujeres manifiesta su clara intención de acudir a consultas de planificación familiar una vez finalice la IVE, para orientarse sobre métodos anticonceptivos eficaces y con el fin de evitar nuevos embarazos no deseados.” (Morillo et. al., 2007, p. 316).

A modo de cierre, se trae a la luz un último caso que recoge varios análisis aquí expuestos y que mostrará la importancia del papel de la psicología, el cual, hasta el momento no ha sido activo y tímidamente ha actuado a lo largo de lo documentado:

CASO 6. Una madre cabeza de hogar, quien tiene un hijo, nuevamente queda en estado de embarazo y sufre constantemente de depresión; ella solicita una IVE pero el personal de la EPS de la cual es afiliada le da información errónea y no le asignan un responsable para comunicarse y que esté disponible para asesorar y acompañar. Luego ella acude a una IPS privada donde le hacen un diagnóstico integral de salud que incluyó un acompañamiento psicológico, ahí le expiden un certificado de riesgo para su salud; finalmente transcurridos varios días le hacen la IVE en un hospital de la red de su EPS, aunque se intentó frenar el proceso intimidándola con que la iban a denunciar con el ICBF para retirarles la custodia de su hijo por su intención de practicarse un aborto legal. (Women 's Link worldwide, 2014).

Vale la pena insistir en que “La falta de información o la que se da pero es incorrecta, impide tomar decisiones realmente libres, y retrasa la prestación del servicio de salud” (Women 's Link worldwide, 2014, p. 79), y que no es sólo información errónea la que le dan a esta mujer sino la recepción de una amenaza de denuncia ante ICBF para retirarles la custodia de su hijo por ejercer un derecho es totalmente contradictorio e incoherente. También es notorio que “la falta de responsables que hagan un seguimiento del caso en las EPS retrasa la prestación del servicio de

salud, genera una situación de desprotección de derechos y angustia para las mujeres y niñas que requieren una IVE” (Women 's Link worldwide, 2014, p. 79), y a pesar de ello, este caso tuvo un elemento diferenciador y fue la presencia de un acompañamiento psicológico, que le realizó una valoración integral en donde se logra expedir un certificado que denota la afectación de la salud mental de la mujer ubicándola en las causales permitidas.

Con todo lo expuesto a lo largo del presente trabajo fue posible comprender las relaciones subyacentes entre los sistemas para dar cuenta de la prestación de servicios que indigna o conmueve; es desde acá que se puede decir con firmeza que la IVE repercute en la mujer “tanto física (...) como psicológica, sin olvidar los aspectos éticos que rodean a este proceso, los cuales no sólo son relevantes para la mujer, sino también para el profesional sanitario que la atiende en el momento en que ella demanda la IVE.” (Morillo et. al., 2007, p. 316-317). Este último aspecto nace con las puntualidades de las participantes entrevistadas, quienes llevaron a la comprensión de que el personal de la salud inmerso en el fenómeno de la IVE también ha sido vulnerado y violentado por unas lógicas del sistema que no consideran su humanidad y les exige como máquinas, por tanto *“Esa atención psicológica debería también hacerse sobre los profesionales de la salud que están atendiendo estos casos.”* Valeria, con el fin de mitigar las afectaciones que puedan tener, movilizar el cambio de paradigma biomédico por una visión enfocada en los derechos, empoderar tanto a las mujeres que solicitan la IVE como al personal de la salud a recuperar sus cuerpos, brindar herramientas suficientes, necesarias y adecuadas para la identificación de violencias ocultas a simple vista y al manejo de sus afectos en estos procesos tan retadores, porque no es suficiente con saber, hay que saber hacer y saber ser.

9. Conclusiones

A partir del trabajo realizado se concluye que frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia, la relación entre el personal de salud y las mujeres juega un papel primordial. Ante los objetivos propuestos y la pregunta de investigación se evidencia que en la actualidad los profesionales de la psicología ejercen roles de asesoría y orientación en el IVE, sin embargo, también se descubrió que hay un campo de acción importante y amplio para la disciplina que se puede desarrollar a futuro, ya que puede aportar conocimientos como la capacitación y sensibilización del personal, el manejo de emociones y auxilios psicológicos, así mismo, en el quehacer psicológico se construyen herramientas para identificar violencias, tomar y afrontar decisiones, y re significar experiencias.

De igual forma, como se desarrolló en el trabajo, la mirada holística permite comprender la complejidad de cada caso teniendo en cuenta la interrelación e interdependencia de los sistemas, junto con herramientas traídas desde la disciplina para identificar las diversas violencias subyacentes en el fenómeno de la IVE, que permitan procesos más pertinentes, cuidadosos y dignos a la hora de atender las solicitudes y procedimientos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Además de ello, gracias a las experiencias traídas por las participantes,

es posible notar que desde el área de la psicología se da cabida a la perspectiva de derechos como base fundamental para ejercer las funciones asignadas a cada profesional inmerso en el fenómeno de la IVE; protegiendo la integridad de las usuarias y contribuyendo a su bienestar, para esto es necesario educarse y capacitarse desde la formación profesional, para ello se recomienda incluir en los pensum el enfoque de derechos, de género y diferencial, advirtiendo la necesidad de modificar los sistemas de creencias que puedan constituir un obstáculo para el acceso y goce efectivo de este derecho; así, se brindarán espacios cuidadosos y coherentes con los derechos humanos.

Dentro de los alcances de la investigación se reconoce que la metodología descriptivo-exploratoria permitió dar cuenta del panorama de la IVE en Colombia desde la perspectiva de la psicología a la luz de los derechos humanos y el enfoque de género, al igual que el reconocimiento de las vivencias y experiencias en el campo de atención a las mujeres. Se reconoce que las investigaciones desde la psicología sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres, en especial respecto a la IVE, son reducidas, por esta razón se considera novedoso abordar el tema y contribuir a los diferentes objetivos que tiene el Ministerio de Salud y la Secretaría de Salud de la Mujer, por ejemplo, articulando acciones en salud colectiva e individual para disminuir las brechas de inequidad y mejoramiento en la calidad de vida de las mujeres, así como abordar de manera interdisciplinar con enfoque de género, poblacional y diferencial aportando a la disminución de inequidades de género que afectan la salud de las mujeres.

No obstante, excede los objetivos del presente trabajo traer las voces de mujeres que se han sometido directamente a la IVE o que lo hayan intentado, dado que el foco se dio desde la relación existente entre el personal de salud y las usuarias, aunque es importante que en futuras investigaciones se logre conocer las percepciones y experiencias que ellas han tenido para proponer cambios más contundentes frente a la atención. De la misma manera, se reconoce la importancia de entrevistar a hombres sobre el tema, ya sea que laboren en el campo o que hagan parte del núcleo familiar de las usuarias, lo que daría una visión más holística e integral del fenómeno.

Finalmente, se recomienda para próximas investigaciones tener en cuenta los datos en el Sistema de Información de Prestaciones de Salud (RIPS) en Colombia, ya que esta base de datos provee los mínimos y básicos que se requieren para hacer un seguimiento al sistema de prestaciones de salud, tanto en entidades públicas como privadas, con el objetivo de llevar un seguimiento real y concreto de las mujeres que solicitan y acceden a procesos de IVE en Bogotá y Colombia, para no repetir o creer en estadísticas poco fundamentadas. También se invita a revisar los protocolos de atención que tienen las entidades de salud, contrastar sus hallazgos y si es posible contribuir a la creación de nuevos teniendo en cuenta contenidos y conceptos psicológicos.

A continuación, se presentará una propuesta en dos direcciones: la primera, frente a la capacitación del personal de salud y seguimiento de estas mismas capacitaciones. Y la segunda plantea un acompañamiento psicosocial en tres momentos: antes, durante y después del IVE. Cabe

aclarar que esta propuesta se basa en los conocimientos recabados para la presente investigación y quedaría abierta a modificaciones en relación con investigaciones que puedan aportar a la mejoría del servicio brindado.

Propuesta

1. Orientación

El siguiente apartado pretende brindar elementos que faciliten la clara información en las capacitaciones que se dan tanto a los profesionales de la salud (psicólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermeros/as, médicos/as, etc.) sobre los protocolos, guías y conceptos teóricos principales sobre la IVE, como a las mujeres sobre su pleno derecho a interrumpir su embarazo desde el marco legal; para que de esta manera se brinde una atención y acompañamiento desde un marco integral, sostenible, de alta calidad a las mujeres y que además abarque todos los territorios (tanto urbanos como rurales).

1.1 Orientación Previa

Este proceso se encamina a que los profesionales reciban un espacio de capacitación, teniendo en cuenta que, debe insistirse en la importancia de la orientación permanente en el servicio que brindan, es decir, contribuir constantemente en la construcción de conocimiento en torno al tema, lo que permite la mejora de la calidad de atención. Así mismo, que estas capacitaciones aporten un punto de vista centrado en los derechos de las mujeres y abarquen temas tanto clínicos como no clínicos y que de esta forma se logre mejorar la calidad de la atención que ellas reciben. Además, que permita ofrecer espacios de diálogo y propuesta por parte del personal de salud contribuyendo al proceso de manera interdisciplinar.

Para la capacitación de los profesionales se debe tener en cuenta que, se debe contar con profesionales que tengan un enfoque basado en género y derechos de la mujer, y se encuentren capacitados/as en la prestación del servicio de IVE, en especial médicos/as y psicólogos/as o profesionales para llevar un acompañamiento psicosocial. Para ello, la orientación previa se centrará en cuatro aspectos, dentro de los cuales se abordarán temas específicos que contribuyan al marco integral de acompañamiento a la mujer que se realizará un IVE:

1. Formación de profesionales desde enfoques de derechos humanos y enfoque de género. El cual logre integrar:
 - a. Una red de información sobre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.
 - b. Comprender los derechos de las mujeres de modo que puedan tener interacciones profesionales y prestar una atención amable y de alta calidad.
 - c. Comprensión de que la mujer tiene el derecho a decidir si desea tener hijos y cuándo tenerlos. Las mujeres deben poder acceder a los métodos anticonceptivos que desean y decidir cuándo interrumpir un embarazo.

- d. Que puedan brindarle a la mujer información clara y completa sobre sus derechos y cuales se protegen. Así mismo, comprender el contexto en el cual proviene la mujer, esto implica que el uso de lenguaje y la entrega de la información sea distinta y situada para la mujer.
- e. Comprender que cada mujer es un mundo diferente, por ello la atención debe ir dirigida no solo a brindar información, sino también a reconocer las razones por las cuales desea realizar una IVE y como los aspectos relativos a la vida de la mujer, tales como la familia, pareja, trabajo, etc., influyen en la toma de decisiones; esto implica reconocer el lugar donde se realiza (zona geográfica).

Tener un espacio de comprensión que permita el acercamiento al enfoque de género y de derechos permite que los profesionales adquieran conocimiento de los derechos que abarcan la IVE, como reconocer el contexto para así brindar un trato digno y respetuoso con ellas, y desde su experiencia cómo poner estos conceptos en práctica, finalmente permite que cada uno de los profesionales reconozcan si existen obstáculos que a menudo impiden que las mujeres ejerzan sus derechos y accedan a la IVE.

2. Marco legal del IVE. En el cual el personal de salud comprenda de manera clara y concisa como está contemplado desde lo jurídico el IVE, en este sentido se abarcaría:
 - a. Conocimiento de las causales por las cuales las mujeres pueden acceder a una IVE, desde la Sentencia C-355 de 2006.
 - b. Rutas que las mujeres deben tomar para poder acceder a la IVE, según el mes de gestación en el que se encuentre la mujer.
 - c. Explicar a la mujer su cuadro clínico y opciones en términos no técnicos y obtener su consentimiento voluntario e informado antes de iniciar el tratamiento.
 - d. Cada profesional de la salud debe estar capacitado, tener competencia técnica y usar tecnologías clínicas apropiadas para prestar atención de alta calidad.
 - e. Reconocer como el marco legal y jurídico cobija a los profesionales y en cuales casos, teniendo en cuenta las causales por las cuales llega la mujer.
 - f. Principios éticos de los profesionales. Dentro de este aspecto se busca que el personal médico también reflexione sobre los valores, las actitudes y los mitos asociados con el aborto para garantizar que los servicios cubran las necesidades y circunstancias de cada mujer, incluidas las de las mujeres jóvenes.
 - g. Fundamentos legales de la objeción de conciencia. Cuando se presenta y cuál es el límite en el cual se puede ejercer la objeción de conciencia en el IVE.

3. Principios éticos de los profesionales.

Dentro de este aspecto se busca que el personal médico también reflexione sobre los valores, las actitudes y los mitos entorno al aborto y como estos influyen en ellos como personas. De esta forma se logra garantizar que los y las profesionales que brindan y acompañan el proceso

de IVE cubran las necesidades y circunstancias de cada mujer, es decir, al tener claro los valores, posturas y modos de ver de cada profesional, permite aumentar el conocimiento sobre el IVE y mejorar las actitudes que cada uno de ellos tiene frente a este tema.

Sumado a esto, además de ayudar a las y los profesionales de la salud a identificar sus propias creencias y valores, por medio del espacio práctico y vivencial, examinar las consecuencias de sus formas de actuar, reconocer y separar sus valores de los de sus pacientes, atendiendo a la ética profesional de cada uno. Este espacio de orientación y capacitación permite reconocer y tomar conciencia de la demanda emocional de la tarea y disponerse a desarrollar estrategias que permitan expresar las emociones que sienten al escuchar y acompañar a mujeres o colegas en situaciones que son extremadamente difíciles y que generan altos niveles de angustia. Se capacita a los profesionales para que puedan generar espacios en los cuales:

- a. Se active la capacidad de registrar los malestares físicos y psicológicos: estar particularmente atento a sentimientos tales como culpa, fracaso e incompetencia.
- b. Que puedan observar eventuales cambios en los estilos personales de comunicación e interacción con otros, o cambios en los ritmos de sueño o alimentación.
- c. Se puedan crear lugares seguros en los cuales puedan compartir a través del habla las sensaciones y sentimientos asociadas a la tarea.
- d. Énfasis en el desarrollo de actividades que no guarden ninguna relación con el contenido del trabajo y que producen sensación de descanso, gozo, bienestar y desarrollo personal.

4. Atención integral a la mujer.

Esta debe estar basada en que cada una de ellas pueda elegir después de que el profesional le brinde información exacta y objetiva. Así mismo, que el espacio le permita hacer preguntas y expresar sus inquietudes con respecto al tema, los procedimientos y pasos a seguir. Para ofrecer una atención centrada en la mujer, cada profesional de la salud debe reconocer que ella tiene el derecho a elegir, sobre su cuerpo y su proceso, y nada debe ser un obstáculo para acceder al servicio de IVE. Sumado a esto, se debe tener en cuenta el contexto de la solicitante, que como se mencionaba anteriormente, muchas de ellas se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, por lo cual la persona que la acompañe debe reconocer estos casos en los cuales se ejerza violencia sobre ella. Se debe trabajar en acabar con los límites y restricciones que se den por parte de las entidades prestadoras del servicio, así como de los profesionales prestadores de este con el fin de no poner en riesgo la salud y bienestar de la mujer.

1.2 Seguimiento

Este espacio se encuentra orientado a un rastreo del proceso llevado a cabo en la orientación previa, lo que quiere decir que además de la información dada en el primer punto, se valorará cómo se ha puesto en práctica la información adquirida de modo que, de ser necesario, se amplíe la información y se hagan espacios de diálogo frente a las acciones realizadas por los profesionales.

Así mismo, poder valorar qué aspectos han funcionado y qué aspectos no, y así garantizar que los servicios de salud mantengan un nivel de calidad que sea satisfactoria tanto para las mujeres que van a interrumpir su embarazo, como para quienes proporcionan los servicios.

En este sentido, lo que se busca es que se pueda garantizar que las mujeres reciban servicio de alta calidad y que los profesionales que las acompañan cuenten con los recursos materiales, psicológicos, teóricos, entre otros. Para ello, se monitorean las actividades rutinarias por medio de indicadores sencillos que den cuenta del proceso, y que también cuenten con la participación de todo el personal, incluyendo los aportes de las mujeres que han recibido el servicio.

A modo de conclusión, el espacio de seguimiento permite apoyar y seguir formando a los profesionales que hacen parte del equipo de acompañamiento del IVE, tanto en aspectos clínicos, legales y teóricos, así como el cuidado de su salud física, mental, emocional, entre otras. En este sentido, la labor del psicólogo es brindar un acompañamiento psicosocial al personal de salud, puesto que para asegurar un servicio integral, también se debe trabajar con los profesionales que brindan este servicio, y son los psicólogos quienes tienen las herramientas para comprender los riesgos que se pueden dar en la salud mental en el trabajo y así generar un espacio de cuidado dirigido al personal de la salud.

2. Acompañamiento psicosocial

El modelo de acompañamiento psicosocial centra su quehacer en las personas, en este caso las mujeres, en la atención integral y la continuidad de los cuidados. La atención integral hace referencia a una aproximación biopsicosocial, espiritual y cultural de la mujer, considerando el sistema de creencias y significados que le dan a lo vivido.

Los principios rectores que guían este acompañamiento son:

- Respeto a la autonomía de las mujeres.
- Percibir a la mujer como sujeto de derechos.
- Respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad que requiere toda atención.
- Brindar información clara y precisa.

El espacio de acompañamiento psicosocial puede tener tres momentos en el IVE:

1. Antes de la IVE

Ruta de información:

1. Dar a conocer y diligenciar el consentimiento informado a la mujer según las directrices del centro médico o institución.
2. Informar sobre la sentencia C-355 del 2006 y las respectivas causales con los alcances de cada una.
3. Revisar las alternativas de elección que tiene frente al embarazo.

4. Aclarar cuáles son los procedimientos clínicos para realizar la interrupción (en caso de no tener la valoración clínica hay que solicitarla). Explicar el manejo del dolor, los riesgos y posibles complicaciones.
5. Métodos anticonceptivos.

Ruta para la toma de decisión:

1. Busque un espacio privado y evite la terminología técnica.
2. Diríjase a la mujer por su nombre, hable con un tono de voz sereno y claro.
3. Promueva un espacio de preguntas y aclaraciones explicitando los escenarios a los que se puede enfrentar.
4. Indague las emociones presentes frente al embarazo y el proceso de interrupción, si a la mujer se le dificulta reconocer o hablar, puede darle opciones:
Estar embarazada me hace sentir: triste, alegre, tranquila, miedosa, culpable, preocupada, enojada, entre otras. Porque creo que _____.
Frente a la Interrupción Voluntaria de mi Embarazo siento (menciona alguna emoción) y pienso que _____.
Permitirle a la mujer reconocer sus emociones y pensamientos generará confianza y autonomía ante la decisión.
5. Realice preguntas sobre las redes de apoyo: ¿Con quién vive? ¿Quién sabe de su situación actual? ¿Quién la puede acompañar? En caso de presentar complicaciones ¿A quién llamaría?
6. Realice preguntas sobre sus vínculos y relaciones: ¿Cómo es la relación familiar o de pareja? ¿En quién confía?
7. Indagar sobre creencias espirituales y religiosas: ¿Con qué familia religiosa (católica, judía, cristiana...) se identifica? ¿Qué valores comparten en su comunidad?
8. Reconocer condiciones de vulnerabilidad (Violencia, salud física o mental, insuficiencia de ingresos, inestabilidad laboral, dificultad de acceso a los servicios de salud y educación).
9. Acompañar para enfrentar la decisión, las pérdidas implican un proceso de duelo, pero cada mujer lo vivirá de manera diferente, puede sentir dolor o sentirse tranquila.

2. Durante la IVE

En algunas ocasiones la mujer solicitará estar acompañada durante el proceso médico, si así lo desea, un familiar o persona cercana podrá estar ahí, o las auxiliares y enfermeras podrán cumplir ese rol.

Desde el área médica el tratamiento del dolor se realiza por medio de medicamentos, sin embargo, el dolor debe entenderse subjetivamente, ya que cada uno tiene una tolerancia al dolor diferente. Para contribuir a minimizar el dolor desde el acompañamiento psicosocial se recomienda:

1. Cambiar el foco atencional para regular el dolor percibido.

2. Organizar los pensamientos, ponerlos en palabras o expresarlos de alguna forma.
3. Indagar por las estrategias de afrontamiento de la mujer, ayudarle a verlas y permitir que la mujer tome el control.
4. Responder preguntas con claridad para reducir los niveles de angustia y ansiedad.

3. Después de la IVE

Los niveles de cuidado dependen del procedimiento médico realizado, el cual depende de los meses de gestación, como se evidenció en el anterior momento, las emociones juegan un papel importante, pero no es el único. Desde el Ministerio de Salud se plantea que si una mujer no desea tener hijos puede acudir y solicitar métodos de planificación, el acompañamiento se realizaría en los siguientes componentes:

1. Dar a conocer los derechos sexuales y reproductivos.
2. Afirmar que la decisión de no ser madre es autónoma y libre.
3. Brindar información completa y eficaz de los 8 métodos anticonceptivos modernos y disponibles.
4. Revisar y decidir junto a la mujer cuál es el mejor método anticonceptivo.

Durante todo el proceso es necesaria la comunicación asertiva, clara y explícita de los procesos, momentos y consecuencias de la IVE, así mismo, debe facilitar (en caso de ser necesario) contactos sobre grupos o redes de apoyo para las mujeres. Se reconoce que los tiempos de consulta son cortos y no necesariamente los psicólogos llevan a cabo estas funciones y no se pretende que se convierta en una barrera psicosocial, se espera que los profesionales de la salud reconozcan la importancia del autocuidado y el cuidado de los otros.

10. Referencias

- Adriasola, G. (2013). La objeción de conciencia y la interrupción voluntaria del embarazo ¿Cómo conciliar su ejercicio con los derechos de las usuarias? *Revista médica* 29(1):47-57. Uruguay. Recuperado de [La objeción de conciencia y la interrupción voluntaria del embarazo. ¿Cómo conciliar su ejercicio con los derechos de las us](#)
- Álvarez, J. (2008). El concepto de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en bioética. Medigraphic Artemisa Monografía. Revista Facultad de Medicina UNAM Vol. 51 No. 6.
- Arias, J., Villasís, M., y Miranda, María. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2) ,201-206. [Fecha de Consulta 28 de Abril de 2021]. ISSN: 0002-5151. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486755023011>

- Ariza, S., y Ramón, A. (2015). La libertad consciente en la Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. Argentina.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. 217 (III)A. París. Recuperado de <https://n9.cl/o2t5>
- Barrera, A. (2018). Ejercicio de la autonomía reproductiva de mujeres que en contextos de violencia de pareja tomaron la decisión de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Universidad del Bosque, Bogotá D.C. Colombia.
- BBC News Mundo. (2020). Aborto en Argentina: en qué países de América Latina es legal, restringido o prohibido.
- Bravo, H., Ruvalcaba, N., Orozco, M., González, Y. y Hernández, M. (2017). Introducción al Modelo Ecológico del Desarrollo Humano. En Ruvalcaba, N. y Orozco, M. (Eds.). *Salud Mental. Investigación y reflexiones sobre el ejercicio profesional Volumen III*. (pp.91-106). Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Bronfenbrenner, U. (1987). La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós.
- Castellá, J. (2008). El paradigma ecológico en la psicología comunitaria: del contexto a la complejidad. En Soforcada, E. y Castellá, J. Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós.
- Católicas por el derecho a decidir. (2014). Tejiendo saberes: La objeción de conciencia y el derecho a decidir de las personas. Retomado de [católicas por el derecho a decidir](#)
- Castillo, E., & Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3) ,164-167. ISSN: 0120-8322. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
- Constitución Política de Colombia. (1999). Artículo 18 del Título II de los derechos, las garantías y los deberes.
- Corte Constitucional de Colombia. Sala Plena. (2006). Sentencia C – 355/06. Magistrados Ponentes Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández. Recuperado de [C-355-06 Corte Constitucional de Colombia](#)
- Corte Constitucional (2007). Sentencia T-988/07 Lineamientos generales de la sentencia C-355 de 2006 que despenaliza el aborto. Proceda cuando el embarazo es resultado de acceso carnal violento, no consentido o abusivo.

- Crego, A. (2003). Los orígenes sociales de la conciencia: un Marco Teórico para la Salud Mental. [Figura]. Recuperado de:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000400006
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v2n7/v2n7a9.pdf>
- Gonzales, A. y Castro, L. (2016). Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia. La mesa por la vida y la salud de las mujeres. Recuperado de [Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia](#)
- González, A. y Melo, C. (2019). ¿Objeción de conciencia institucional? Impacto en la prestación de servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo. La Mesa por la vida y la Salud de las mujeres. Católicas por el derecho a decidir. Profamilia. Bogotá, Colombia.
Recuperado de [¿Objeción de conciencia institucional?](#)
- González, D. (2008). *Psicología de la motivación*. Editorial en Ciencias Médicas.
- Guba, E., y Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En: *Antología de métodos cualitativos en la investigación social*.
- Hernández, L., Ríos, S., Castro, L., Pinilla, Y., Chávez, V., Zambrano, J. y Pardo, Y. (2018). 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. La Mesa por la vida y la Salud de las mujeres. Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia. Recuperado de [Resumen revisión](#)
- Houghton, M., Gil, A. y González, V. (2014). Interrupción Voluntaria del Embarazo y edad gestacional: Razones y ventajas de un marco legal garantista. Grupo médico por el derecho a decidir. Colombia.
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2016). Las causales de la ley y las causas de las Mujeres. Recuperado de [La mesa por la vida y la salud de las mujeres](#)
- La Fundación Oriéntame. (2017). Iniciativas locales para incrementar el acceso al aborto seguro, a través de las causales de aborto legal. Recuperado de
<http://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1070/Accionesmejora.acceso.servicios.inte..pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Lezcano, D. & Coime, G. (2018) El difícil acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en

- Colombia: a doce años de la despenalización. Editorial: Ojo al contexto// Hojas del bosque.
- Llinás, C. (2021). La decisión individual (¿o estatal?) de terminar un embarazo: el análisis de legitimidad en el debate del aborto. Bogotá, Colombia. Recuperado de [La decisión individual o estatal](#)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Prevención del aborto inseguro en Colombia. Protocolo para el sector salud. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2014). Atención postaborto (APA) y sus complicaciones. Documento técnico para prestadores de servicios de salud. Recuperado de [Documento técnico](#)
- Ministerio de Salud. (2016). ABECÉ. Línea: Salud Materna-Derecho a la Maternidad Elegida. Interrupción Voluntaria del Embarazo, un derecho humano de las mujeres. Elabora: Grupo Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Dirección de Promoción y Prevención.
- Naciones Unidas. (2014). Los derechos de la mujer son derechos humanos. Nueva York y Ginebra. [Los derechos de la mujer son derechos humanos](#)
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para el sistema de salud, segunda edición. [Aborto sin riesgos:](#)
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2012). Manual de práctica clínica para un aborto Seguro. [Aborto seguro](#)
- ONU (Organización de las Naciones Unidas), (2017). América Latina y el Caribe. Recuperado de <https://lac.unwomen.org/es/noticias-y-eventos/articulos/2015/10/commitmen>
- Ramos, S. (2016). Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. México. Retomado de <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4301/1/10701.pdf>
- Rodríguez, C., Lorenzo, O. y Herrera, L. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM, XV (2),133-154.[fecha de Consulta 28 de Abril de 2021]. ISSN: 1405-3543. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65415209>
- Rubio, M. (2019). Análisis de la política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos

- reproductivos. Ejercer la autonomía al practicar la anticoncepción: apuestas, barreras y retos. Bogotá, Colombia. Recuperado de [Análisis de la Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Ejercer la autonomía al practicar](#)
- Perdomo, M. (2018). Corporalidades en disputa: vidas emergentes y políticas del cuerpo. Bogotá, Colombia.
- Perrucci, A. (2012). Decision assessment and counseling in abortion care: philosophy and practice. Rowman & Littlefield publishers, INC.
- Petracci, M., Pecheny, M., Mattioli, M y Capriati, A. (2012). El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires. Sex Salud Soc.
- Profamilia. (2020). Investigaciones en salud sexual y reproductiva. Recuperado de: [Investigaciones Profamilia en el contexto nacional e internacional](#)
- Profamilia. (2020). 2020; un año hecho de historias. Informe de gestión.
- Salas, V. (2020). Percepción sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo: Voces de mujeres que se han sometido a la práctica. [Tesis de grado] Universidad Externado de Colombia, Bogotá D.C. Recuperado de [Universidad externado](#)
- Sociedad Colombiana de Pediatría (SCP). (s. f). Embarazo en adolescentes; problema de Salud Pública creciente en Colombia. Recuperado de [Embarazo en Adolescentes Problema de Salud Pública Creciente en Colombia](#)
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia. Recuperado de: [Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada](#)
- UISALUD. (2019). Guía para el manejo de pacientes que solicitan interrupción voluntaria del embarazo. UIS, Universidad Industrial de Santander. [Guía para IVE Protocolo U. Santander.pdf](#)
- Vargas, E. (2013). Sexualidad; mucho más que sexo. Universidad de los Andes, Bogotá D.C. Colombia. Recuperado de [Sexualidad mucho mas e-book.pdf](#)
- Villalba, M. (2016). Asesoría y orientación para la interrupción voluntaria del Embarazo: narrativas de mujeres atendidas en el Hospital de la Victoria de Bogotá. Universidad Nacional de Colombia, facultad de medicina departamento de psiquiatría. Bogotá D.C.

[Asesoría y orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo: narrativas de mujeres atendidas en el Hospital de La Vic](#)

Women 's Link Worldwide by Profamilia. (2014). Lo que hay que saber sobre el aborto legal (2006-2014) Lineamientos constitucionales para el ejercicio del derecho al aborto en Colombia. Profamilia y Women 's link worldwide. Colombia.

11. Bibliografía

Gobernación Valle del Cauca. (s. f.).Estrategia de fortalecimiento de la atención integral en IVE en el Departamento del Valle del Cauca. Recuperado de [Estrategia de fortalecimiento de la atención integral en IVE.](#)

Ipas. (2014). La atención integral del aborto centrada en la mujer: manual de referencia (segunda edición). K. L. Turner y A. Huber (Eds.), Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Recuperado de [La atención integral del aborto centrada en la mujer Manual de referencia](#)

Ministerio de Salud. (2018). Acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la ley 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Chile. Recuperado de [Orientaciones Técnicas](#)

Ministerio de Salud. (2016). ABECÉ sobre anticoncepción. Recuperado de [sobre anticoncepción](#)

Secretaría de Salud (s. f.). Así son los servicios integrales de atención en salud para las mujeres. Recuperado de [SI Atencion Salud Mujeres](#)

Winch, G. (2013). Primeros auxilios emocionales: consejos prácticos para tratar el fracaso, el rechazo, la culpa y otros problemas psicológicos cotidianos. Paidós.

12. Anexos

A. Guión entrevista semiestructurada a partir de categorías.

Se presentó, explicó y firmó el consentimiento informado. Se presentó el tema de investigación y a las investigadoras y se caracterizó a cada entrevistada bajo las siguientes preguntas: ¿Qué estudios han realizado? ¿En qué han trabajado? y cuál es su ocupación actual. La siguiente tabla evidencia las preguntas por categorías, cabe aclarar que fueron utilizadas en diferentes órdenes dependiendo de la naturaleza de la entrevista y la entrevistada.

Categorías	Preguntas
Conocimiento de IVE	<p>¿En Colombia, cuáles son las diferencias entre el IVE y el aborto?</p> <p>¿Cómo se realiza una atención en un IVE?</p> <p>¿Cuáles son los mitos y realidades que hay frente al aborto y el IVE?</p> <p>¿Cuáles derechos se protegen?</p> <p>¿Considera que existen estigmas o prejuicios en torno al proceso? Si existen dichos estigmas, ¿en qué sentido afectarían a las mujeres?</p>
Contexto (Trabajo) Entorno laboral	<p>¿Qué profesionales participan en el acompañamiento de un IVE?</p> <p>¿Para qué suelen acudir las mujeres a esta institución?</p> <p>¿Qué información les brinda esta institución a las mujeres?</p>
Percepciones ante el rol del psicólogo(a)	<p>¿Qué considera que es un acompañamiento psicosocial? ¿Qué elementos lo caracterizan?</p> <p>¿Qué consecuencias tiene el acompañamiento psicológico en un IVE?</p> <p>¿Considera que son suficientes y oportunas las atenciones que se les brindan a las mujeres? De no ser así ¿qué cree que hace falta?</p> <p>¿Qué elementos de la psicología considera que se deberían aportar en este proceso?</p> <p>¿Qué cualidades debe tener un psicólogo o psicóloga que acompañe un IVE?</p> <p>¿Cuáles son los retos y las oportunidades de la psicología frente a la intervención voluntaria del embarazo?</p> <p>¿Cuáles son los estigmas que giran en torno a los profesionales que acompañan estos procesos?</p>
Experiencias de ellas acompañando a las mujeres	<p>¿Habría diferencias en el trato de las mujeres según cada causal? Si las hay ¿cuáles serían?</p> <p>¿Habría diferencias en el trato hacia la mujer dependiendo de si el proceso se lleva a cabo en el marco de la legalidad y en el marco de la clandestinidad?</p> <p>¿Qué factores considera que influyen en la toma de decisiones de las mujeres que solicitan el servicio?</p> <p>¿Qué factores (sociales, culturales, económicos, etc.) ha visto que influyen en el fenómeno de retracción?</p> <p>¿Cómo ha visto el trato del personal de la salud en el proceso?</p>

	<p>¿Cuáles son las dificultades del proceso que han visto o vivido? Desde la experiencia que ha tenido, ¿Qué elementos podrían tenerse en cuenta para mejorar el proceso y que se protejan los derechos de la mujer?</p>
--	--

B. Consentimiento informado.



Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA

La presente investigación es conducida por Ana María Silva Tunaroza identificada con cédula de ciudadanía 1007957657, Megan Natasha Pedraza Cadena identificada con cédula de ciudadanía 1014304670 y Obed Katherine Rodríguez Tinoco identificada con cédula de ciudadanía 1018513359; estudiantes de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, quienes cuentan con la asesoría de la profesora Carol Pavajeau Delgado.

El objetivo de la presente investigación es: Indagar la importancia del acompañamiento psicosocial en el proceso de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Bogotá, teniendo en cuenta la experiencia de profesionales que han laborado en programas de atención a mujeres que solicitan el servicio bajo las causales contenidas en la sentencia C-355/06, con el fin de proponer un acompañamiento psicosocial oportuno y pertinente, antes, durante y después del proceso de IVE.

La entrevista será grabada con grabadora de voz y transcrita literalmente. Si durante la conversación desea que la grabación sea suspendida, por favor hágalo saber y la grabación se detendrá. Ninguno de nuestros encuentros virtuales será grabado a través de la plataforma usada (Teams/Skype/Zoom/Google Meet). Cabe aclarar que la información será de carácter público con fines netamente académicos y usted podrá elegir el anonimato si lo desea. Su participación en este estudio es voluntaria, tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión le afecte.

Finalmente, agradecemos su generosa apertura y disposición a hacer parte de esta investigación que se inscribe dentro de los principios éticos contemplados en el Código ético y deontológico de la Psicología (Ley 1090 de 2006). Cualquier inquietud que tenga sobre el estudio o su desarrollo puede comunicarse directamente a través de nuestros correos electrónicos institucionales ana-silva@javeriana.edu.co, meganpedraza@javeriana.edu.co o rodriguez_o@javeriana.edu.co o al teléfono móvil 3125161706. Si no logramos resolverla o se siente inconforme con nuestra respuesta o quiere remitir una queja, puede hacerlo directamente con nuestra Directora de Trabajo de grado, profesora de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, al correo electrónico cpavajeau@javeriana.edu.co

Se firma en la ciudad de Bogotá, el mes _____ del 2021.

B.1 Consentimiento Firmado por Andrea B.

Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Psicología
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA

La presente investigación es conducida por Ana María Silva Tunaroz identificada con cédula de ciudadanía 1007957657, Megan Natasha Pedraza Cadena identificada con cédula de ciudadanía 1014304670 y Obed Katherine Rodriguez Tinoco identificada con cédula de ciudadanía 1018513359; estudiantes de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, quienes cuentan con la asesoría de la profesora Carol Pavajeau Delgado.

El objetivo de la presente investigación es: Indagar la importancia del acompañamiento psicosocial en el proceso de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Bogotá, teniendo en cuenta la experiencia de profesionales que han laborado en programas de atención a mujeres que solicitan el servicio bajo las causales contenidas en la sentencia C-355/06, con el fin de proponer un acompañamiento psicosocial oportuno y pertinente, antes, durante y después del proceso de IVE.

La entrevista será grabada con grabadora de voz y transcrita literalmente. Si durante la conversación desea que la grabación sea suspendida, por favor hágalo saber y la grabación se detendrá. Ninguno de nuestros encuentros virtuales será grabado a través de la plataforma usada (Teams/Skype/Zoom/Google Meet). Cabe aclarar que la información será de carácter público con fines netamente académicos y usted podrá elegir el anonimato si lo desea. Su participación en este estudio es voluntaria, tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión le afecte.

Finalmente, agradecemos su generosa apertura y disposición a hacer parte de esta investigación que se inscribe dentro de los principios éticos contemplados en el Código ético y deontológico de la Psicología (Ley 1090 de 2006). Cualquier inquietud que tenga sobre el estudio o su desarrollo puede comunicarse directamente a través de nuestros correos electrónicos institucionales ana-silva@javeriana.edu.co, meganpedraza@javeriana.edu.co o rodriguez_o@javeriana.edu.co o al teléfono móvil 3125161706. Si no logramos resolverla o se siente inconforme con nuestra respuesta o quiere remitir una queja, puede hacerlo directamente con nuestra Directora de Trabajo de grado, profesora de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, al correo electrónico cpavajeau@javeriana.edu.co

Se firma en la ciudad de Bogotá, el mes 16 de febrero del 2021.

Nombre Participante: Andrea Bernal-Vargas
CC: 1026.167.156 de Bta
Firma:



Nombre Investigadora: Katherine Rodriguez Tinoco
CC: 1018513359
Firma:



Nombre Investigadora: Megan Natasha Pedraza C.
CC: 1014304670
Firma:



Nombre Investigadora: Ana María Silva T
CC: 1007957657
Firma:



B.2 Consentimiento de Angélica B.

Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Psicología
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA

La presente investigación es conducida por Ana María Silva Tunaroz identificada con cédula de ciudadanía 1007957657, Megan Natasha Pedraza Cadena identificada con cédula de ciudadanía 1014304670 y Obed Katherine Rodriguez Tinoco identificada con cédula de ciudadanía 1018513359; estudiantes de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, quienes cuentan con la asesoría de la profesora Carol Pavajeau Delgado.

El objetivo de la presente investigación es: Indagar la importancia del acompañamiento psicosocial en el proceso de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Bogotá, teniendo en cuenta la experiencia de profesionales que han laborado en programas de atención a mujeres que solicitan el servicio bajo las causales contenidas en la sentencia C-355/06, con el fin de proponer un acompañamiento psicosocial oportuno y pertinente, antes, durante y después del proceso de IVE.

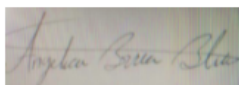
La entrevista será grabada con grabadora de voz y transcrita literalmente. Si durante la conversación desea que la grabación sea suspendida, por favor hágalo saber y la grabación se detendrá. Ninguno de nuestros encuentros virtuales será grabado a través de la plataforma usada (Teams/Skype/Zoom/Google Meet). Cabe aclarar que la información será de carácter público con fines netamente académicos y usted podrá elegir el anonimato si lo desea. Su participación en este estudio es voluntaria, tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión le afecte.

Finalmente, agradecemos su generosa apertura y disposición a hacer parte de esta investigación que se inscribe dentro de los principios éticos contemplados en el Código ético y deontológico de la Psicología (Ley 1090 de 2006). Cualquier inquietud que tenga sobre el estudio o su desarrollo puede comunicarse directamente a través de nuestros correos electrónicos institucionales ana-silva@javeriana.edu.co, meganpedraza@javeriana.edu.co o rodriguez_o@javeriana.edu.co o al teléfono móvil 3125161706. Si no logramos resolverla o se siente inconforme con nuestra respuesta o quiere remitir una queja, puede hacerlo directamente con nuestra Directora de Trabajo de grado, profesora de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, al correo electrónico cpavajeau@javeriana.edu.co

Se firma en la ciudad de Bogotá, el mes 16 de febrero del 2021.

Nombre Participante: *Angélica Barrera Bolívar*
CC: 1022364709
Firma:

Nombre Investigadora: *Katherine Rodriguez Tinoco*
CC: 1018513359
Firma:




Nombre Investigadora: *Megan Natasha Pedraza C.*
CC: 1014304670
Firma:

Nombre Investigadora: *Ana María Silva T*
CC: 1007957657
Firma:




B.3 Consentimiento firmado de Diana C.

Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Psicología
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA

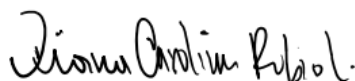
La presente investigación es conducida por Ana María Silva Tunaroza identificada con cédula de ciudadanía 1007957657, Megan Natasha Pedraza Cadena identificada con cédula de ciudadanía 1014304670 y Obed Katherine Rodriguez Tinoco identificada con cédula de ciudadanía 1018513359; estudiantes de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, quienes cuentan con la asesoría de la profesora Carol Pavajeau Delgado.

El objetivo de la presente investigación es: Indagar la importancia del acompañamiento psicosocial en el proceso de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Bogotá, teniendo en cuenta la experiencia de profesionales que han laborado en programas de atención a mujeres que solicitan el servicio bajo las causales contenidas en la sentencia C-355/06, con el fin de proponer un acompañamiento psicosocial oportuno y pertinente, antes, durante y después del proceso de IVE.

La entrevista será grabada con grabadora de voz y transcrita literalmente. Si durante la conversación desea que la grabación sea suspendida, por favor hágalo saber y la grabación se detendrá. Ninguno de nuestros encuentros virtuales será grabado a través de la plataforma usada (Teams/Skype/Zoom/Google Meet). Cabe aclarar que la información será de carácter público con fines netamente académicos y usted podrá elegir el anonimato si lo desea. Su participación en este estudio es voluntaria, tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión le afecte.

Finalmente, agradecemos su generosa apertura y disposición a hacer parte de esta investigación que se inscribe dentro de los principios éticos contemplados en el Código ético y deontológico de la Psicología (Ley 1090 de 2006). Cualquier inquietud que tenga sobre el estudio o su desarrollo puede comunicarse directamente a través de nuestros correos electrónicos institucionales ana-silva@javeriana.edu.co, meganpedraza@javeriana.edu.co o rodriguez_o@javeriana.edu.co o al teléfono móvil 3125161706. Si no logramos resolverla o se siente inconforme con nuestra respuesta o quiere remitir una queja, puede hacerlo directamente con nuestra Directora de Trabajo de grado, profesora de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, al correo electrónico cpavajeau@javeriana.edu.co

Nombre Participante: Diana Carolina Rubio León
CC: 52772896
Firma:



Nombre Investigadora: Katherine Rodriguez Tinoco
CC: 1018513359
Firma:



Nombre Investigadora: Megan Natasha Pedraza C.
CC: 1014304670
Firma:



Nombre Investigadora: Ana María Silva T
CC: 1007957657
Firma:



B.4 Consentimiento firmado de Valeria V.

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA

La presente investigación es conducida por Ana María Silva Tunaroz identificada con cédula de ciudadanía 1007957657, Megan Natasha Pedraza Cadena identificada con cédula de ciudadanía 1014304670 y Obed Katherine Rodriguez Tinoco identificada con cédula de ciudadanía 1018513359; estudiantes de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, quienes cuentan con la asesoría de la profesora Carol Pavajeau Delgado.

El objetivo de la presente investigación es: Indagar la importancia del acompañamiento psicosocial en el proceso de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Bogotá, teniendo en cuenta la experiencia de profesionales que han laborado en programas de atención a mujeres que solicitan el servicio bajo las causales contenidas en la sentencia C-355/06, con el fin de proponer un acompañamiento psicosocial oportuno y pertinente, antes, durante y después del proceso de IVE.

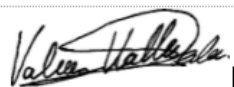
La entrevista será grabada con grabadora de voz y transcrita literalmente. Si durante la conversación desea que la grabación sea suspendida, por favor hágalo saber y la grabación se detendrá. Ninguno de nuestros encuentros virtuales será grabado a través de la plataforma usada (Teams/Skype/Zoom/Google Meet). Cabe aclarar que la información será de carácter público con fines netamente académicos y usted podrá elegir el anonimato si lo desea. Su participación en este estudio es voluntaria, tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión le afecte.

Finalmente, agradecemos su generosa apertura y disposición a hacer parte de esta investigación que se inscribe dentro de los principios éticos contemplados en el Código ético y deontológico de la Psicología (Ley 1090 de 2006). Cualquier inquietud que tenga sobre el estudio o su desarrollo puede comunicarse directamente a través de nuestros correos electrónicos institucionales ana-silva@javeriana.edu.co, meganpedraza@javeriana.edu.co o rodriguez_o@javeriana.edu.co o al teléfono móvil 3125161706. Si no logramos resolverla o se siente inconforme con nuestra respuesta o quiere remitir una queja, puede hacerlo directamente con nuestra Directora de Trabajo de grado, profesora de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, al correo electrónico cpavajeau@javeriana.edu.co

Se firma en la ciudad de Bogotá, el mes marzo del 2021.

Nombre Participante: Viviana Valeria Vallana S
CC: 52417530
Firma:

Nombre Investigadora: Katherine Rodriguez Tinoco
CC: 1018513359
Firma:




Nombre Investigadora: Megan Natasha Pedraza C.
CC: 1014304670
Firma:

Nombre Investigadora: Ana María Silva T
CC: 1007957657
Firma:




C. Matriz de análisis por categorías.

Categorías de análisis	Subcategorías	Fragmentos entrevista a Andrea B
Datos socio demográficos		<p>“Soy psicóloga de profesión y tengo un magíster en estudios de género en la Universidad Nacional de Colombia (...) después de un lapso que hice como voluntariado en temas de psicología social, mi primer trabajo fue en Profamilia. Mi tesis de la maestría fueron historias de la maternidad de mujeres que hoy son adultas pero que fueron madres adolescentes.”</p> <p>“Desde 2017 trabajo con mi mamá en la corporación “<i>Misaishaa</i>”. <i>Misaishaa</i> es una palabra muisca que significa “aliento de humanidad desde la inspiración femenina”, pues ese es nuestro propósito realmente, y trabajamos temas de género y sexualidad, desde una perspectiva de derechos”</p> <p>“Cuando yo entré a Profamilia, el cargo al que yo entré se llamaba: Asesora de servicios, lo que hacíamos era hacer como asesoría en temas de salud sexual y reproductiva, incluida la asesoría en la Interrupción Voluntaria del Embarazo (...) en donde se hacía asesoría individual”</p> <p>“Específicamente en el tema de Interrupción del embarazo pues la asesoría era, era una asesoría que busca como que la mujer se guiará en un marco legal ¿sí? Y que estuviera en una de las tres causales que contempla la ley. Entonces, nosotros hacíamos asesoría, le explicábamos el marco legal, hacemos un concepto psicológico y ella pasaba allá con el médico, y el médico emitía el certificado que aplicaba a x o y causal según lo que había repostado la usuaria. (...) y pues también hacíamos actividades educativas y también hicimos acompañamiento a interrupciones voluntarias del embarazo en salas de cirugía...”</p>
Diferencias entre IVE y aborto	IVE	“Tema de interrupción voluntaria del embarazo está muy amarrado como a la legalidad, cuando yo entré a Profamilia, era ILVE, no se llamaba IVE, se llamaba ILVE, ILVE era Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo, quepa la claridad de que es legal (...) Una IVE o una interrupción voluntaria suena más lindo, en la institución es IVE.”
	Aborto	“Es tu derecho a decir qué quieres hacer, eso es el aborto,

		<p>es libre a decidir, y los derechos son para todos, son para que no nos agredamos los unos con los otros, es para que no abusemos unos de otros, para eso son los derechos, y el aborto es un derecho, por eso porque mientras se considere ilegal estás decidiendo sobre los cuerpos de las mujeres o de las personas con útero.”</p> <p>“El tema de aborto, lo he escuchado más desde el activismo, desde los movimientos de mujeres, movimientos feministas (...) era como un tema, como más despectivo, como una forma fea de decir IVE. Los movimientos de mujeres vamos es pues por un aborto libre, entonces ya, asumámoslo como es, es un aborto.(...) En el activismo es aborto libre”</p>
<p>Normatividad en el IVE</p>	<p>Sentencia C-355/06</p>	<p>“Entonces me parecía muy chévere como unir, o sea, <i>-lo que tú me dices aplica a la causal salud ¿por qué? Porque la salud mental es importante, lo que dice el párrafo- entonces yo tenía el párrafo y les leía el párrafo de la sentencia, para que entendieran lo que significaba salud ¿sí? Para que entendieran que generalmente todas abortamos por motivo de salud, o sea, en muchos muchos casos, -¡ah! Que se suma un abuso- sí, -que hay malformación-, sí pero generalmente lo que te lleva a tomar la decisión de interrumpir un embarazo también conlleva como una afectación en tu salud mental, emocional”</i></p> <p>“Lo que va a pasar en el cuerpo, que deseaba este embarazo, entonces ahí hay unas consecuencias psicológicas bastante evidentes en mi opinión, más allá de que sea viable o no sea viable la vida del feto, el saber que ya tienes el diagnóstico, es muy complejo que yo pueda asimilar el hecho de estar embarazada y el tener que parir, y pues si aplicaría dentro del marco legal al causal “malformación” pero por supuesto que hay afectaciones en su salud mental y emocional. Y lo mismo con los casos de abuso, o sea, si tú fuiste víctima de un abuso sexual, ya hay unas secuelas psicológicas no más de haber vivido esa situación, como para que encima estés en embarazo producto de un abuso sexual ¿sí? O en el que yo te diga <i>-no, tienes que ir a una denuncia porque no está afectada tu salud mental-</i> no podría ¿sí? Para mí no habría forma de que no se afectará la salud mental o emocional cuando uno toma ese tipo de decisión, o cuando uno no puede tomar ese tipo de decisión”</p>

		<p>“No, pues en realidad no eran necesarios, o sea, la mayoría de mujeres que nosotros atendimos, o sea, se les explicaba el marco legal y que tuvieran claro eso, lo que te digo, pues que había una afectación... o que hay, o que potencialmente podría haber una afectación en salud mental o emocional si no pudieran concretar su decisión y ya, entonces como que, era como mostrarles desde su narrativa cómo efectivamente estaba dentro del marco legal, y el médico certificaba eso, y eso lo permite la causal salud, la causal salud pide una certificación médica, entonces ella pasaba una valoración médica en la que, pues la valoraban físicamente, pero el médico remitía la certificación médica en base al concepto psicológico que nosotros habíamos hecho, que básicamente era la narrativa de la mujer que llegaba”</p> <p>“Entonces desde ahí nos arrancamos desde el conocimiento legislativo donde la Sentencia 355 del año 2006 y las posteriores sentencias que lograron aclarar que la causal salud estaba dirigida no sólo a un aspecto de salud mental sino salud integral, entonces la salud mental está relacionado con aspectos emocionales, pero también con proyecto de vida, económico, también de sentirse de lo que desea la mujer, si está atravesado por otros eventos que no le permiten en ese momento ver la maternidad como una posibilidad.”</p> <p>“Una sentencia que quedó bien armada, o sea que realmente es difícil de tumbar, ellas trataron de que acogiera lo máximo posible, de que no quedara con límite de edad gestacional, esa sentencia es muy difícil de tumbar, es una de las mejores que ha quedado hecha en América Latina (...) es muy difícil retroceder, o sea no es como lo mejor, lo mejor sería aborto libre, pero es difícil que nos hagan echar para atrás”</p>
	Derechos de la mujer	<p>“No, yo creo que, digamos así como de manera protocolaria, no, creo que es más un enfoque del profesional que la atiende ¿sí? O yo puedo decir que en mi caso yo sí, o sea, yo no tenía problema en decirle a la usuaria lo que les digo, como por mí que no tuviera que explicarme ni siquiera por qué, pero bueno, este proceso nos ayuda a que tú tengas claro esto, que tengas clara tu decisión, que si la recuerdas en un futuro sepas, o sea, hayas enumerado tus motivos y los recuerdes para ti</p>

		<p>misma ¿sí? Y desde ahí uno les decía, bueno es que no tenemos la educación sexual suficiente, o hay situaciones de violencia que llegan a este punto ¿sí? Entonces creo que es más como un enfoque del profesional que la atiende, que puede incorporar como el discurso de derechos, digamos no protocolario pero si tácitamente lo que le decía a la usuaria, era como más eso.”</p> <p>“Sé que el aborto es un derecho, pero ella no quiere abortar, no es una obligación de una mujer que está en x situación ¿sí? Ella no quiere abortar porque... entonces y él me decía y yo... entonces yo hablé con la chica, por supuesto ahí no hay otra herramienta sino los derechos, el derecho a decidir (...) Digamos, ahí era muy importante que ella entendiera desde los derechos, cuál era su derecho ¿sí? porque no es sólo... creo que a eso iba, o sea, como que depende de la situación, puede ser algo más explícito pero sí es un enfoque cuando haces una asesoría para la interrupción del embarazo”</p> <p>“Es que eso nos pasa a las mujeres en muchos aspectos de la vida, o sea es como si existiera todo el discurso, como si estuvieran disponibles en el discurso todas las formas de coartar la autonomía de las mujeres, por el tema donde yo vaya <i>-ah te puedo agarrar, ah te puedo agarrar y te te quito posibilidad de decidir de ti misma y tengo a otras personas que lo aprueban, eso al final es el machismo y el patriarcado, está en todas partes, puedo coger aquí y ya tengo una justificación para explicarte por qué no puedes hacer lo que quieres hacer, es como algo así-</i>.”</p>
Experiencias laborales de ellas en el ámbito	Trato del personal de la salud	<p>“Los mismos médicos que hacen el procedimiento, utilizan el lenguaje que está en el consentimiento informado y ese, y el consentimiento informado ¿qué dice? <i>“Se retira el producto del embarazo, no sé”</i> ese es el lenguaje ¿sí? Y ellos hacen las preguntas que hay que hacer por protocolo, por estandarizar, aun así pues se presentan... O sea, hay profesionales de la salud que atienden con sesgo y qué pues lastiman los sentimientos de las mujeres que van a hacerse una interrupción, o eso fue lo que yo viví en este momento”</p> <p>“Siento que ese lenguaje puede ayudar ¿sí? Y eso es lo que todos los profesionales deben entender, que a veces puede ser como difícil de estandarizar, porque si yo estoy teniendo una conversación con ella, sé que ella no quiere</p>

		<p>continuar el embarazo, entonces con tranquilidad yo le digo <i>-se retira-</i> le explico el procedimiento, le digo <i>-se retira el producto el embarazo y ta ta ta-</i>”</p> <p>“Esa persona por protocolo tiene que referirse a la persona como, de esta manera, pues por lo menos en Profamilia, <i>-tiene que referirse así y no le diga mamita, no le diga el bebé, pregúntale si quiere verlo o no- ¿sí? cómo unas preguntas claves para que tú no vayas a vulnerar la situación de la mujer que viene, por ejemplo para una interrupción, porque ahí es difícil de diferenciar.</i>”</p> <p>“Tenía un compañero que decía <i>-es que ella es una reincidente-</i> me decía y yo... y yo le explicaba <i>-que no son reincidentes, los que reinciden son los delincuentes, no puedes decir eso- -pero es que si lo hace dos o tres veces ¿qué es? un reincidente-</i> y yo... <i>-no son reincidentes, no pueden reincidir porque no están cometiendo delitos-</i> en fin. Entonces él les decía por ejemplo <i>-no es que reincidiste-</i> y ella... Y digamos que son detalles, pero para mí era como, terrible que dijera eso cuando estamos defendiendo la legalidad del aborto”</p> <p>“En los mismos compañeros hay temor a la ley, eso también pasaba (...) el temor a la ley a que no estuviera dentro de la causal se iba convirtiendo es <i>-yo tengo el poder si lo haces o no lo haces-</i>”</p>
	<p>Acompañamiento/funciones de la profesional</p>	<p>“Pero recuerdo que también hicimos acompañamiento a interrupciones voluntarias del embarazo en salas de cirugía... pues ahí habían como dos procedimientos ¿no? Había un procedimiento con fármaco, que en ese momento era el “misoprostol”, entonces era misoprostol y daban varias dosis y se hacía un control con ecografía a los 15 días, tal, entonces pues la usuaria no se practicaba el procedimiento dentro de Profamilia, sino que se llevaba el medicamento, la fórmula, todo y hacía el procedimiento según las indicaciones que daba el médico. Pero estaba la opción de hacer un procedimiento quirúrgico, que era una aspiración uterina”</p> <p>“Yo en toda mi experiencia no vi que fuera contenta a hacerse el procedimiento ¿saben? Estaban asustadas, estaban incómodas y pues es darles la seguridad de la decisión que están tomando y pues, darles la información suficiente para que estén tranquilas durante el proceso, y</p>

así pues que fuera una experiencia, digamos más agradable al haberse realizado un aborto, en la medida de lo posible”

“Yo sentía que mi labor era realmente asesorar, o sea decirle... ella llegaba y te decía *-mira, yo quiero hacerme un aborto- ¿sí?* Entonces le decimos *-listo, ¿por qué te lo quieres realizar?-* pues para explicarle el marco legal y así, y *-listo, los motivos que tú me dices están dentro de esta causal, y los procedimientos son estos-* esa era nuestra labor. Entonces yo sentía que esa era mi labor, más que decirle *-sí, muy bien, correcto-* o *-aplicas a esta causal, o no aplicas y no te certifico-* era más que todo como escuchar sus motivos... para mí era muy importante que le quedara muy claro que lo hacía dentro del marco legal”

“Profamilia hacia muchísima sensibilización a su personal o sea era un servicio al que le apostaron muchísimo realmente, a nosotros nos capacitaron un montón, nos hicieron sensibilización y ellos permiten la objeción de conciencia de ciertos profesionales, si yo como médico no quiero hacerlo tenía la opción de objetar y habían unos médicos que lo hacían y otros que no, entonces se podía elegir”

“Mi mamá lleva como 30 años trabajando en temas de derechos sexuales y reproductivos en adolescentes y jóvenes. Esa es su experticia y mi experticia es esto, los derechos de las mujeres. En este renacimiento de *Misaishaa* lo que hacemos son programas educativos en colegios, hacemos charlas para mujeres, hacemos acompañamiento, desde el año pasado para acá estamos haciendo acompañamiento virtual, online, y hacemos proyectos sociales que tienen que ver con temas de derechos sexuales y reproductivos e identidad de género, por supuesto que las dos tenemos muy claro, si alguien me ha enseñado los derechos es mi mamá, para ella eso es como la ética, para ella más allá de que esté moralmente bien o mal, su ética es desde los derechos de las personas”

“Yo tengo un interés muy grande en las mujeres pero por ejemplo, mi mamá le apuesta mucho a la juventud, a los niños, niñas y adolescentes que desde allí se pueden generar cambios, por eso la corporación trabaja con niños, niñas, adolescentes y mujeres en todas las edades y sí,

		<p>hemos hecho proyectos para capacitar personal en temas de educación sexual y reproductiva con adolescentes, hemos hecho investigación en complejos específicos desde una perspectiva de género, y ya, las actividades que contratan los colegios es educación sexual, lo que nosotras hacemos es incluir temas de la sexualidad reproductiva temas como el amor, de los estereotipos de hombres y mujeres en el amor, el conocimiento de los órganos sexuales, del desarrollo, además de todos esos temas incluimos otros temas de los estereotipos, el tema de la orientación, la diversidad, esas cositas”</p> <p>“Uno necesita ser autocrítico, la autocrítica amorosa pero si necesita uno tener esa mirada autocrítica cuándo la embarra y uno la puede embarrar y está bueno aprovechar eso para hacer mejores atenciones, obviamente sí hay que ser muy empático, siento que es muy importante eso de la autocrítica para darte cuenta de cuándo tienes el poder sobre la vida de otra persona, sí, y para no ejercerlo, ¿si me hago entender?, por ejemplo en esas situaciones que les compartía, si una mujer llega y yo soy el punto de entrada para que ella pueda acceder o no a una interrupción del embarazo tengo que saber que yo tengo el poder de decir puedes o no puedes, de darles cierta información y no otra, yo tengo los conocimientos porque yo trabajo en eso, yo sé cómo funciona todo y ella no, yo tengo poder sobre eso pero no debe ejercerlo.”</p> <p>“Mi mamá trabajó en Profamilia también, pero hace como más de 30 años, cuando eso pasó obviamente ni qué sentencia ni qué nada, y en ese momento también había mujeres que llegaban preguntando a Profamilia por abortos pero entonces ellas se remitían a Oriéntame, entonces, pero tú no les podías dar nada, eso me contaba mi mamá, entonces tú les dabas una hoja y les decías mira, toma esta hojita y este papel- como existe el derecho a la información y no lo puedes cortar ¿cierto? Entonces ellas les decían, mi mamá empezó como asesora, así como yo, y entonces les decía, entonces anota en este papelito Calle #33 no sé qué, no sé qué y de pronto allá te pueden dar información (guiño y risas), esa era la manera de remitir, porque Oriéntame si siempre lo han hecho con o sin sentencia.”</p>
	Motivación	“Yo tengo un interés muy grande en las mujeres”

Percepciones del IVE	Percepciones frente al profesional	<p>“Yo creo que como esa idea que uno está asesinando a alguien. Con algunas de ellas era difícil porque, estigmatizaban no sólo al usuario, sino también a los profesionales, entonces -¿ya cuántos niños lleva este año? ¿Ya cuántos ha matado este año? -Ja Qué risa-.”</p> <p>“Como profesional estás ahí para protegerlas y revisando que la carpeta pasará, que no la pusieran de últimas, el consentimiento, yo llevaba todos los papeles súper listos para que la usuaria tuviera que hablar lo mínimo con esa persona, era complejo, era difícil y si, a veces son actitudes no verbales que también son difíciles que uno pueda manifestar en una institución.”</p> <p>“Puedes objetar, pero usted no puede objetar no dar información, eso no es posible, eso es un derecho de la persona, y pues a veces es difícil porque uno tiene esas creencias muy arraigadas y son parte de una estructura muy grande también, por ejemplo, eso de que las adolescentes no tengan relaciones, en mi opinión, eso viene de la misma idealización de la sexualidad reproductiva de las mujeres”</p>
	Percepciones frente a la mujer	<p>“Por mí que fuera aborto libre, que no tuviera que explicarle a un juez porque quiere abortar, ni a nadie, pero pues para ellas se vuelve como algo muy temeroso, para las personas que la rodean se pueden sentir juzgadas”</p> <p>“Yo por ejemplo si utilizó este lenguaje en mujeres que claro que si quieren interrumpir el embarazo, entonces uno dice -el producto del embarazo-(...) Y puede sonar muy feo pero pues digamos que a muchas mujeres las ayuda como ese lenguaje... ese lenguaje las ayuda a desmitificar lo que un embarazo es para otras mujeres ¿sí? O sea, si es un embarazo deseado, pues así sean seis semanas, un arroz es maravilloso así sólo veas un arroz que late ¿sí? pero, para una mujer que no quiere (...) tener, no quiere ese embarazo, que le muestre un arroz que late y le digan -mira este es tu bebé, va a tener sus manitos- o -Sí mamita- Eso es... en realidad para ellas eso es muy difícil”</p> <p>“Al final la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo ¿sí? creo que en eso consiste la asesoría, que uno puede escuchar sus motivos y decirle -Es tu cuerpo, tú puedes tomar la decisión, las razones que tú tienes son</p>

	<p><i>completamente válidas</i>- como que alguien en la sociedad les diga <i>-sí, abortar está bien por lo que tú dices- ¿Sí?</i> ya y ella <i>-no pero es terrible porque todo lo que nos han dicho, porque vimos “el grito del silencio” porque todo fue muy terrible- ¿sí? (...)</i>. Entonces claro, muchas llegan con esa idea que eso es lo que va a pasar en un aborto, o sea, que en verdad ves un bebé muy formado y que vamos a causarle dolor y a lastimarlo, y que vamos a sacarlo por pedazos”</p> <p>“Lo más importante es que ella sepa que puede elegir sobre su cuerpo y que las razones que tiene son completamente válidas, así haya escuchado toda su vida lo contrario, porque si es una sociedad que idealiza la maternidad, entonces es muy difícil reconocer que uno no quiere ser mamá en un momento o nunca... pero está como todo el resto de la idealización de la maternidad.”</p> <p>“Ese maltrato, sentirse tan mal, sentirse haciendo algo ilegal es feo, tras de que eso que está pasando tiene un trasfondo que de por sí es doloroso entonces no sé (...) se ve cómo se sobrevalora la maternidad, como el rol de la mamá es muy importante y cómo estar todo el tiempo presente, o sea, son mamás que trabajan y producen económicamente para su hogar pero además son juzgadas por no estar ahí, si algo les pasa a sus hijos cuando ellas no están ahí le caen también”</p>
<p>Barreras psicosociales en el IVE</p>	<p>“Yo le expliqué el marco legal y dijo <i>-yo sí quiero poner una denuncia, sí, porque cómo me pasa eso y nadie, yo prefiero poner una denuncia-</i> y yo le dije <i>- bueno, has la denuncia, la traes y la adjuntamos a tu historia clínica.-</i> Resulta que cuando ella fue a poner la denuncia la persona que la atendió le dijo que ella le recibía la denuncia pero si era para abortar, ellos iban a verificar que nosotros, que Profamilia tenía que entregarle el feto a ellos y ellos iban a verificar si era del novio o del abusador y si llegaba a ser del novio a ella la iban a meter a la cárcel porque entonces no había sido producto del abuso”</p> <p>“Ella fue a uno de esos hospitales, después ella volvió a contarme que cuando a ella le habían hecho ese procedimiento la habían dejado en la misma sala de las maternas, habían dejado el producto del embarazo al lado de la camilla para que ella lo viera, si ella se quejaba del dolor y ninguna enfermera la atendió, o sea, ella dijo <i>-Si</i></p>

		<p><i>yo no hubiera estado tan segura yo creo que yo me hubiera matado en ese hospital porque fue horrible lo que tuve que vivir, pero yo estaba tan segura de que quería hacer eso que no me importó, al final gracias porque lo pude hacer porque tenía todas esas semanas-”</i></p> <p>“Profamilia empezó a hacer convenios con las EPS, Profamilia internamente el trámite administrativo el trámite con la EPS y la usuaria no tenía que pagar nada, ni un peso, porque lo tramitamos todo con EPS”</p> <p>“Es realmente algo social, pasa en la familia, pasa en la institución pero también te puede pasar en tu grupo de amigos y también te puede pasar con tu pareja, cualquier persona puede ejercer presión desde esa posición y es una posición anti derechos realmente, sí, lo único que puede ir en contra de esto es decirle <i>decide tú sobre tu cuerpo, qué quieres hacer, eso está pasando dentro de tu cuerpo</i>, sí, y tienes alternativas frente a eso, no estás obligada a parir si no quieres”</p> <p>“En la institucionalidad donde se presentan todas esas barreras y toda esa estigmatización de la que hablamos (...) y yo la intento asesorar, pero pues yo no tengo una red de contactos, me toca remitir a la institucionalidad y hacer el acompañamiento desde afuera”</p> <p>“Porque en esos países les toca así, y aun así las meten a la cárcel por hacer eso, solo que ya tienen como muy montado por ejemplo, ellas llegan a que les hagan la terminación y ellas ya saben qué decir para que no puedan pegarse de ahí para decir que no sea un aborto voluntario, entonces ellas llegan y es como no, ellas ya saben qué decir y eso ya, o sea no se les pueden pegar de ahí, todo el mundo, todo el personal de la clínica sabe que fue un aborto voluntario pero nadie puede denunciarlas, y así es que se protegen.”</p>
Papel de la Psicología		<p>“Cuando nosotros acompañamos a las mujeres en las salas a mí eso me parecía maravilloso, que nota, uno tener a alguien para hablar en ese momento que es tan horrible porque realmente es una sensación muy incómoda.”</p> <p>“En dar otro sentido a las narrativas personales, si tienes una perspectiva de género le puedes ayudar a las mujeres a darle sentido a sus narrativas personales lejos de esos</p>

	<p>discursos hegemónicos que son tan coercitivos con las mujeres, tan dañinos y tan violentos”</p> <p>“Todos los psicólogos y psicólogas deberíamos tener esa perspectiva de género y de derechos, por lo menos de derechos para ejercer nuestra labor desde allí.”</p> <p>“Lo más es la psicología narrativa que es el enfoque que más me gusta y desde ahí como que he encontrado muchas mujeres feministas que resuenan con ese enfoque y que le dan sentido como a la práctica de la psicología desde el feminismo y una perspectiva de derechos.”</p> <p>“No siento como un compromiso ético de la psicología con las mujeres siento que si hace falta, hace falta pero para hacerlo tienen que reconocer los machismos y los patriarcados que hay al interior de la disciplina, y pues, no sé si la psicología esté dispuesta a renunciar a eso, no a un conocimiento científico de verdad verdad y a reconocer que eso ha sido a costa de invisibilizar a las mujeres y otro tipo de conocimiento que no son tan hegemónicos, bueno no sé, no sé, la psicología no ha sido mi mejor aliada en este camino (...) por eso creo que esa autocrítica hay que hacerla constante, siempre (...), uno tiene que revisarse todo el tiempo, porque uno la embarra también”</p> <p>“Una autocrítica amorosa, como dice Coral, o sea no es para darme palo pero sí es para darme cuenta lo que hice con el poder que tengo. Pienso que hacer investigación sobre esto, desde la psicología es lo que le aporta a que la disciplina empiece a tener en cuenta estos temas como relevantes dentro de la psicología”</p> <p>“Ese es mi servicio ideal, porque es una forma muy fácil de tu acceder al servicio, te atienden, una mujer, te atiende una mujer feminista, entonces no te va a estar preguntando por qué, si está bien o no. Y que sea un servicio desde el cuidado, o sea, yo creo que lo bonito es como la ética del cuidado, que yo pueda como hablarle a la mujer pensando en cuidarla, en que esté bien, pensando en su bienestar, no hacer daño”</p> <p>“En la formación le debería dar, porque por ejemplo, ahora que dices lo de la formación en psicología, claro, uno llega, esos son como electivas, o sea realmente no es parte de una formación básica, uno llega a esos temas</p>
--	---

		<p>porque le interesan. Yo vi una clase de Psicología y Género, estando en el pregrado pero ya era una electiva, no es como que la formación en género, en derecho sea un componente pues obligatorio de la formación en psicología, y ¡sí que debería estar de alguna manera!”</p> <p>“Creo que la diferencia la hacen las psicólogas feministas, es lo que más tiene la psicología por aportar”</p>
--	--	---

Categorías de análisis	Subcategorías	Fragmentos entrevista a Angélica B
Datos sociodemográficos		<p>“Yo estude psicología en la Universidad Javeriana en el año 2012 y posterior a eso, es que desde que estaba en la universidad siempre me enfoque a la atención de mujeres, pon que de la mitad del recorrido laboral que he hecho es el tema de Interrupción Voluntaria del Embarazo, estuve trabajando en Profamilia, en la recolección de información en una investigación que se hizo a nivel nacional con determinantes sociales frente el aborto inseguro en Colombia con UPA, Profamilia y Ministerio de Salud. Ahí sí como una pequeña contribución y empecé a tener claridades de lo que implicaba la Interrupción Voluntaria en Colombia y ya posterior a eso, bueno, estuve trabajando en otros temas pero posterior a esto, estuve en un proceso de atención directa a mujeres que estaban en el proceso de solicitar la Interrupción Voluntaria del Embarazo y orientación frente al embarazo no planeado con la fundación Oriéntame, ahí estuve trabajando como 4 años y por otra parte de mi recorrido laboral ha sido la atención a mujeres víctimas de violencias, violencias basadas en género específicamente violencia sexual y violencia ejercida por parte de la pareja, entonces como que 4 años larguitos estuve trabajando en el tema de Interrupción y los otros años ha estado orientado a la atención a mujeres víctimas de violencias.”</p> <p>“El año 2018 me gradué de la maestría en salud sexual y reproductiva en la Universidad del Bosque (...) hice otros diplomados en derechos sexuales y reproductivos para jóvenes y otros asociados a pedagogía para la construcción de herramientas para jóvenes.”</p>

		<p>“Estuve también trabajando en Oriéntame, en la Fundación Vínculos que son con personas víctimas del conflicto armado y también estuve trabajando con la Secretaría de la Mujer con Línea Púrpura”</p>
<p>Diferencias entre IVE y aborto</p>	<p>IVE</p>	<p>“La Interrupción Voluntaria del Embarazo es algo esencial y es que se incluye el derecho a la voluntariedad de la mujer”</p> <p>“Es importante a nivel legislativo el tema de incluir en el lenguaje unas palabras nuevas que permita visibilizar el derecho a las mujeres.”</p>
	<p>Aborto</p>	<p>“La palabra aborto, y que suele estar asociado con algo negativo y con un juicio asociado a la religión y creencias culturales.”</p> <p>“Uno podría vincular al tema de aborto, el aborto forzado, el aborto bajo presión pero no es algo autónomo que ella quiere hacer, el aborto espontáneo que se utiliza, a nivel médico se sigue utilizando esta palabra aborto a nivel médico”</p> <p>“No es fácil ver las diferencias pero sí sabemos que el lenguaje crea realidades y que el ideal también es pararnos en el escenario de la legalidad si no que sean decisiones por la mujer porque no todo aborto ilegal está mal”</p> <p>“IPAS, una organización no gubernamental que trabaja a nivel Latinoamericano revisando los estándares del aborto, no me voy a meter si es legal o no, sólo finalmente hacer un aborto seguro para las mujeres.”</p>
<p>Normatividad en el IVE</p>	<p>Sentencia C-355/06</p>	<p>“La sentencia arranca con la palabra, con letra C porque es que se ha vulnerado, derechos constitucionales... por eso es una sentencia bastante importante en la Ley Nacional.”</p> <p>“Yo menciono arto a Oriéntame no tanto por haber trabajado ahí, aunque me encanta Oriéntame, sino, por el hecho que ellos realmente sí han impulsado un poco de manera no tan pública, que han estado en la colaboración de la sentencia, de los documentos, del Ministerio”</p>

“Está la causal C355 que es la primera, la del año 2006, que manifiesta las 3 causales todos aquí tenemos claro la violencia sexual, casi nadie dice que no. (...) y la tercera que es la que usualmente otros países la ven como un ejemplo en Colombia y es que nuestra causal, a diferencia de otros países, la tercera quedó como peligro para la vida o salud de la mujer, no quedó sólo vida”

“En Colombia lo que sí quedó fue por salud, entonces se toma el concepto de la Organización Mundial de la Salud en donde concibe la salud como un aspecto integral (...) uno busca la definición manifiesta el aspecto de la salud integral donde están los componentes de la salud emocional, de aspectos sociales, sociales económicos, físicos y del desarrollo y autonomía de la mujer.”

“No es que haya un hueco a nivel legal, sino que es claro y que los profesionales en parte lo saben, que realmente la mujer sí puede decidir la interrupción voluntaria del embarazo con el simple hecho de denominar que no lo desea para su plan de vida (...) que no haya quedado más específica pues uno siempre quisiera que hubiera quedado más específica o que no hubiera causales sino que simplemente el aborto sea legal, como en otros países pero de alguna manera al menos el que esté la palabra salud permite que haya acceso realmente a cualquier mujer”

“La mayoría de abortos que se hacen en Oriéntame y Profamilia en el marco legal es por causal salud (...) no nos quedamos esperando a que el médico diga -si, sí va a nacer con vida o no va a nacer con vida- porque eso es un sufrimiento demasiado grande para una mujer o una familia, sino que se incluye dentro de la causal salud y ya, se resuelve eso.”

“Entonces el marco legislativo es realmente bastante amplio, después de eso hubo otras sentencias, no me acuerdo los números pero ahí están que ya vuelve a aclarar que la salud es un aspecto de salud integral y que lo que les decía, las sentencias nacieron de demandas de mujeres donde vuelve otra vez la Corte a fallar a favor de las mujeres (...) esta es una sentencia para no vulnerar derechos fundamentales de la Constitución colombiana que es la autonomía y la determinación.”

		<p>“Yo sabía que el aborto era legal pero no tenía ni idea de la causal, ya estando dentro, ya viéndolo a nivel jurídico no es que sea un vacío ni un hueco sino realmente se hizo desde toda la conciencia de que quedara de esa manera y también tiene otro aspecto que es bastante positivo y es que no hay límite para interrumpir un embarazo en la edad gestacional”</p> <p>“Sobre todo en el marco jurídico, salimos del pregrado sólo con la cátedra de Constitución, no me acuerdo cuál es, en dónde ves un brochazo frente a lo que es la Constitución, pero no está aterrizada en la vida de los seres humanos y en lo que podemos enfrentar, y esto pasa con este tema, pero con el tema de violencias contra las mujeres, es decir, si nos enfocamos en el tema de las mujeres tendríamos que tener realmente un escenario de capacitación profunda frente a lo que son las sentencias, las leyes, porque eso es un tema que tarde o temprano en algún momento nos va a tocar acompañar si estamos en la atención directa, o si estamos de pronto, como en algún proceso de construcción de protocolo, de parte hasta administrativas nos va a tocar pensar sobre las mujeres ¿sí? es decir, sí o sí, y las mujeres que están viviendo alguna situación que necesitan resolver inmediatamente desde sus derechos sexuales y reproductivos.”</p>
	Derechos de la mujer	<p>“En el marco legislativo tiene que ser con derechos, porque la autonomía, la autodeterminación hace parte de derechos fundamentales ante la Constitución colombiana, muchas veces pasa que sólo decirle -Estás ejerciendo un derecho- y que a eso yo llego a una reflexión personal... muchas otras mujeres sí lo concebimos como un derecho, como una opción y también está asociado un poco a los privilegios o a las oportunidades que nos da.”</p> <p>“El sistema de salud es un sistema de salud privado pero tiene que ejercer derechos públicos (...) el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, entonces lo que el sistema de salud tendría que hacer es brindarle la atención si no cuenta con profesionales capacitados, tiene que crear un puente con una IPS que sí lo haga”</p> <p>“Que sí cuenten con personal capacitado y le brinden la interrupción en menos de 5 días hábiles, eso es lo que</p>

		<p>debería pasar (...) desafortunadamente las sentencias se ganaron pero a costa de la vida de las mujeres (...) o de que finalmente le bebé nació. Fue un camino que ya pueden ejercer las futuras mujeres bajo esa sentencia pero que no pudo ejercer esa misma mujer.</p> <p>“Realmente el sistema de salud no puede negarse a una solicitud de una interrupción voluntaria del embarazo ¿sí? Es decir, está a tope de una demanda por parte de una mujer o de una organización. Hay que garantizarle la interrupción por encima de cualquier cosa y ante eso no se puede sopesar que hasta que tenga una orientación psicológica, pues no puede acceder a su interrupción, no, realmente el ideal es atender su motivo de consulta que es la interrupción, porque su motivo no es una consulta de psicología.”</p>
Experiencias laborales de ellas en el ámbito	Trato del personal de la salud	
	Acompañamiento/funciones de la profesional	<p>“También está totalmente claro que muchas mujeres, digamos que tienen claro su derecho, tienen clara su decisión, no hay mucho que conversar y esa orientación puede terminar en 10 minutos ¿sí? Como puede que otras necesiten un espacio realmente completo y no sólo uno, sino un espacio de acompañamiento durante el procedimiento y posterior al procedimiento depende las características o de cómo se esté sintiendo la mujer.”</p> <p>“Entonces, en algunas ocasiones no es sólo el enfoque tampoco, sino contar con la capacitación necesaria, porque si la ley nos dice que la mujer puede interrumpir el embarazo en cualquier momento, yo te digo, <i>-listo, debemos estar capacitados a saber cómo intervenir en todas las edades gestacionales por las cuales la mujer podría estar pasando en sus en su solicitud- ¿sí?</i>”</p> <p>“El trabajo ético es un trabajo diario ¿sí? No es sólo decir <i>-ah yo soy feminista-</i> y te digo, al día de hoy yo todavía me encuentro con ambivalencias, es decir, <i>-ay por qué estoy sintiendo eso si yo soy feminista- ¿sí?</i>, y es porque claro, yo soy humana, entonces requiere una revisión constante, sobre todo al trabajar en estos temas, de que al final uno si está permeado por la estructura patriarcal, por</p>

		<p>el machismo, y que en algunos momentos y se te viene al pensamiento que uno dice <i>-umm y por qué ella está tomando esa decisión-</i> y te digo, claro, eso puede pasar a cualquier profesional, pero el aspecto ético es un trabajo diario”</p> <p>“Entonces, ahí es cuando es un reto personal de revisar si tú te sentirías conflictuado en esta situación y por qué, y ese porque llevaría a tener conclusiones y tenerlo muy presente en una siguiente atención que hagas, porque pues la vida profesional va a ser en términos ese reto, y que una atención inadecuada está muy orientada a que se mezcló aspectos personales dentro de la orientación, tu opinión personal ahí no debería entrar, ni tus creencias personales tampoco, es decir, toca actuar desde el escenario profesional de la psicología.”</p> <p>“El producto de un acompañamiento de psicología psicosocial o una orientación psicosocial en el ámbito de la toma decisiones del embarazo no planeado y la solicitud de una interrupción, debe ser, garantizar de que, la decisión si sea autónoma, y la autonomía no es el simple hecho de decir <i>-sí, yo quiero eso-</i> sino garantizar de que sea una decisión como profesionales, que realmente si haya sido analizada, que la persona tenga la capacidad de ver cuáles van a ser los efectos de la toma de su decisión, que la llevemos a ese análisis(...)y esa es una labor que tenemos como profesionales y sería el producto de la atención que estamos brindando”</p> <p>“Hace parte de los retos que también, si tenemos claridad en esta postura, tenemos el conocimiento que no tienen otros profesionales de que esto es legal, y que esto es así de claro, tenemos la responsabilidad de difundirlo, de informarlo ¿si? de verlo como una alternativa y dinamizar eso en la institución en la que nos encontremos.”</p>
	Motivación	<p>“Mi tesis de maestría fue, en lo que es la interrupción del embarazo en contextos de violencia de pareja, sobre todo en los contextos de ese tipo de violencias, habían muchos escenarios casi de auxilio de que ese embarazo no iba a ser posible, es decir, no era el entorno ni seguro para un hijo futuro y era el escenario que ataba una relación que estaba haciendo violenta. Entonces, partía desde la sensación en algunas mujeres que entrevisté de decir, <i>-me siento más libre-</i> “</p>

“Ya no tengo que andar pensando qué voy a estar atado a una relación, a esta relación, entonces, esas fueron de las historias que probablemente por mi carrera profesional, digamos que me ha generado una conexión muy intensa(...) algunas mujeres que también estaban en el proceso de su carrera profesional, como cualquiera de nosotras 4, y que de repente, definitivamente no deseaban una maternidad porque iban a cursar un posgrado, por ejemplo, entonces que ahí tú dices *-uy la historia de ella está como muy parecida a la mía-* y generas una conexión desde ahí muy profunda.”

“Recuerdo un caso en la clínica que nos permitió mirar un poco el tema asociado a lo que ocurría con los hombres trans, y es el hecho de que los hombres trans viven hechos de violencia sexual y tuvimos ese tipo de atenciones, y eso también permite que uno también diga, okay, desde que uno construye un consentimiento informado en el tratamiento no podemos hablar solo de mujeres, porque también los hombres trans pueden llegar a vivir por el hecho de tener un útero y tener una relación ocasional con una persona de diferente sexo, pero que puede pasar y qué sigue siendo trans, o porque vivieron un hecho de violencia sexual y eso te hace ser como un click y de decir *-okay, aquí no estamos solamente las mujeres sino que están también los hombres transgénero-*”

“Cuando uno está haciendo atención uno de los aspectos más vitales que uno permanece en este tipo de trabajo, es las gracias de las personas o verlas tranquilas(...)se siente esa tranquilidad y que la decisión era la que necesitaban tomar, y hay una gratitud enorme, porque no se sintieron juzgadas ¿sí?, porque vinieron con ese miedito ahí de *-Ay, me van a decir que no-* y ver que finalmente tú no generas ningún escenario de juicio, haces un escenario de comprensión, ya desde ese escenario es un lugar sanador para la mujer.”

“Para algunas mujeres, es poder vivir esta experiencia, puede que la tengan clara, que no tengan culpas, pero vivir ese tratamiento médico era intenso, pero al final se pudo tener certeza que eso era lo que ellas querían, que era lo que necesitaba, y que agradecen encontrar un sitio seguro.”

<p>Percepciones del IVE</p>	<p>Percepciones frente al profesional</p>	<p>“Muchos psicólogos yo siento que cada vez tenemos un poco más de reflexividad frente a estos temas de género pero el área médica, el área de enfermería aún es muy limitante, mis compañeras, por ejemplo uno veía en Profamilia y Oriéntame cómo era tan difícil de contratar personal médico porque no tenían el enfoque de género, tenía que ser una postura muy claramente feminista porque va a haber decisiones que van a contradecir al profesional o lo pueden contradecir a uno mismo porque uno es un humano pero que a la final es la decisión de la mujer”</p> <p>“Desde los profesionales de Profamilia cuando estuve con ellos, decían que a la final sí se, digamos que se trataba de replicar lo que había hecho Oriéntame desde hace muchos años y es organizar su consulta (...) los médicos en general saben que la interrupción al embarazo es un derecho, saben del marco legal, lo saben, pero que a la final se topa un poco con el tema de la postura personal y ahí está el aspecto de la ética profesional.”</p> <p>“A veces esto funciona mucho con referentes dentro del servicio, no tanto de que todo el profesional esté capacitado, sino de que hay una persona clave que ayuda a movilizar el proceso de interrupción dentro de la misma entidad”</p> <p>“Digamos que si hay una preparación o una capacitación como se debe desde el médico, el médico puede brindar orientación, porque no va a brindar terapia, el objetivo es que brinde orientación y los escenarios que te explique lo puede hacer realmente un profesional de la salud o de trabajo social lo puede hacer, que es un profesional capacitado.”</p> <p>“El sistema de salud también se ha enfrentado con lo que implica para los profesionales la interrupción del embarazo en edades gestacionales avanzadas, y eso no es un tema fácil, es decir, cuando uno está en procesos de capacitación uno ve que puede que haya profesional médico o de psicología que tiene muy claro los derechos de la mujer y su enfoque, pero cuando está al frente de una asistolia fetal, que es una aplicación de un medicamento para detener los latidos del corazón del feto en una semana 28 y producir un parto en la mujer, yo te</p>
-----------------------------	---	---

		<p> digo, ahí más de un profesional entra a sentir algún tipo de conflicto, puede que pase.”</p> <p>“Con el significado que tienen los médicos para la sociedad ¿si? que muchas personas dicen <i>-ay, voy con un poquito de miedo porque de pronto me va a regañar-</i>, muchas mujeres decían eso, porque tienen en ese concepto de el médico como, el médico que juzga o qué es el único que tiene como, en parte, un poco de la política en algún momento de que ya no estaba la religión activa, pero si estaba el médico que todo lo sabía y era como la única verdad, entonces, muchas personas también se sienten a veces limitadas con el escenario solamente de que las atiendan un único médico por más buen enfoque que tengan.”</p> <p>“Finalmente desde el escenario educativo de la necesidad de que los profesionales salgan con esas claridades éticas de quien decide finalmente es la mujer y ella es la experta de su vida y no los profesionales.”</p>
	<p>Percepciones frente a la mujer</p>	<p>“La afectación emocional se deriva de estos conflictos que tiene la mujer sobre el significado que tiene para ella un aborto y el significado adquirido por un tema de las creencias religiosas y culturales y también de que es muy difícil para ellas tomar una decisión porque las mujeres hemos sido enseñadas a no ser egoístas en términos egoísmo lo ven como pensar en uno, muchas veces lo ven otras personas o familiares como un acto de egoísmo, entonces esto puede generar la sensación de culpa y la culpa no es algo natural de los seres humanos”</p> <p>“Una parte de las mujeres están tranquilas, están seguras, no sufren el proceso, están bien, otra parte sí están preocupadas pues están con un escenario de víctimas de la culpa yo lo diría. Otras están bajo un escenario de desigualdad social, de condiciones económicas muy adversas que hace que no tengan opciones sino que esa sea definitivamente la única.”</p> <p>“Obviamente no podemos poner sobre nuestros hombros completamente de que, si una mujer se arrepiente mañana, fue culpa de nosotros, digo no, lo que pasa es que, la complejidad humana es así, es decir, puede que sí pasará, que tú hicieras la mejor orientación, la mujer estuviera muy segura, y que 7 meses después te la</p>

		<p>encontrarás solicitando una atención diciendo que se arrepiente de la decisión que tomó...es garantizar la autonomía, el acceso y la autonomía, ese sería como la consecuencia de lo que tendríamos que estar generando a nivel profesional. Y en el caso de la mujer, yo te digo que es... uno quisiera como profesional generar tranquilidad, pero la vida de los seres humanos es compleja ¿sí? entonces, en parte sí puede generar una tranquilidad enorme, pero lo que te decía, también esto está muy atravesado desde las desigualdades sociales, las clases sociales, las violencias que vive la mujer que, yo te digo, claro puede que esto sea un acto de muchos otros que tienen que entrar a restituir sus derechos que han sido vulnerados.”</p> <p>“Esta mujer puede ser de las que más puede llegar a ser juzgada a nivel social, porque no está ese peso de qué - <i>Ah claro es que está viviendo violencia-</i> o <i>-Pues claro obviamente (no es entendible) por casos de abuso-</i>. claro, ellas llegan a tener mayor aceptación social que... uno no la ve como una situación peor a la que una mujer está solicitando por otra razón relacionada con el desarrollo de su carrera profesional, y que llega a ser de igual de importante, y a veces puede hacer más impactante porque ella misma sabe que puede tener una sanción social si alguien se enterara y esa fuera la única razón.”</p>
Barreras psicosociales en el IVE		<p>“En Bogotá converge el tema de la migración, el desplazamiento, otro tipo de violencias que han tenido que vivir las mujeres sigue viendo uno las brechas muy grandes en términos de lo que ellas necesitan y los servicios de salud que ofrecen, entonces, desde el sistema de salud está el problema de que como el sistema de salud colombiano es privado, eso hace que dependa de la EPS hay voluntades para hacer el servicio, la atención o no”</p> <p>“El Ministerio de Salud en el anterior gobierno si hubo bastante voluntad en términos de capacitar a las entidades de salud y determinar de que finalmente lo que ellos hacían no era un favor, si no que finalmente tenían que ejercer un derecho y que el derecho estaba sujeto a las libertades de la mujer y determinar qué quiere con su vida y no ponerles barreras en la atención, aunque se ha hecho un trabajo grande se sigue viendo que las mujeres tienen que pagar procesos privados porque las limitaciones son gigantes y sobre todo las barreras institucionales</p>

relacionadas con las creencias pero también la utilización de términos jurídicos que no aplican, por ejemplo, la objeción de conciencia de las entidades, por ejemplo, el hospital Palermo dice *-Nosotros somos objetores-* y una institución no puede objetar, sólo puede hacerlo el médico que practicaría el aborto pero aún así objetan psicólogos, trabajadores sociales que no corresponden”

“Si tenemos un avance legislativo bastante favorable pero las barreras y voluntades del sistema de salud en Colombia hacen que las limitaciones se sigan encontrando día a día, vulneraciones a ellas, muertes asociadas a la interrupción, lesiones, afectaciones emocionales que tienen que vivir las mujeres pues por estos escenarios de victimización (...) decirle a la mujer mira tú estás actuando bajo tus derechos, muchas mujeres lo pueden tomar como el ejercicio de un derecho pero otras mujeres ya han sido víctimas de desigualdad social y lo ven como la última opción que tienen.”

“Varias mujeres que han sufrido de la desigualdad social que están en condiciones de alta vulnerabilidad, no van a salir de la intervención seguramente diciendo que ejercieron un derecho sino que también las condiciones de desigualdad generan que hiciera parte de sus razones para determinar que en ese momento no se podía llegar a una maternidad voluntaria y deseada.”

“Estamos en contexto patriarcal o a desigualdades sociales de clase, que han ayudado a que ellas también tengan que contemplar la opción de la interrupción casi como su única opción (...) la culpa nace desde el escenario de reflexión de la religión, específicamente judeo-cristiana y es lamentarse frente a un hecho que ya ocurrió y que ya no puedes modificar (...) ha sido como la manera en que se ha utilizado a nivel cultural para que las personas tomen decisiones por temor a no ser castigadas o socialmente o a nivel de la, de Dios, si la persona es creyente, entonces es desde ahí que se ejerce un control. La religión también ejerce un control sobre las personas y el control está asociado más desde lo que se concibe como bueno y lo que se concibe como malo y no hay grises, desde varias religiones expresan tal cual que el aborto es un pecado. Si crezco desde un contexto de la religión, soy creyente, cuando voy a misa están orando por las pecadoras que han hecho un tratamiento del

	<p>aborto, ya uno da cuenta desde ahí que evidentemente la persona aunque se sienta tranquila con su decisión, siente culpa porque piensa que está matando a alguien.”</p> <p>“Aparte de la culpa del mito de que se está matando a alguien o no ¿no? Es decir, esto es una no hay una respuesta, a nivel médico se puede responder que no, a nivel jurídico tampoco porque la mujer tiene decisiones frente a su propio cuerpo y hasta que no haya un nacimiento ante la legislación colombiana no se puede considerar que estamos hablando de una vida, de un ser vivo”</p> <p>“Está el mito de que el aborto es inseguro por sí mismo, realmente es de las intervenciones más simples medicamente antes de la semana 12 que realmente no tiene efectos secundarios mayores y que entre más rápido obviamente se haga la intervención, mucho más simple medicamente es el proceso. Otro aspecto de los mitos de las mujeres de que es ilegal.”</p> <p>“Hay otra creencia de que por ser una interrupción del embarazo no pueden solicitarlo de manera legal gratuita ante su EPS, (...) sino también el sistema de salud no ha generado un proceso de difusión de la información como se debe, que permita tener claridad de que la interrupción del embarazo es gratis en Colombia ante el sistema de salud se puede entrar a exigir dentro de la consulta médica (...) está la creencia de que se requiere documentación, realmente sólo se requiere, para que se haga en el marco legal, sólo se requiere la autorización de un médico, no, el certificado médico, ni autorización.”</p> <p>“La realidad es que la mujer no llega directamente a Oriéntame o no llega directamente a Profamilia, lo que uno ve es bastante limitaciones para que le hagan el servicio a la interrupción (...) eso genera que las mujeres se encuentren juzgadas, les digan que eso no es legal, de que si no está en riesgo su vida no lo pueden hacer o que si no tienen un trastorno no lo pueden solicitar.”</p> <p>“Hay muchas otras que están en el proceso de la denuncia y una denuncia en el ámbito de la salud en términos de la interrupción es complicadísimo porque un embarazo no planeado no da espera”</p>
--	--

“Ahí está el limitante de que las entidades son privadas, yo puedo nombrar desde acá las EPS, por ejemplo es un desastre Compensar porque Compensar sí desde su Junta Directiva está varios de ellos son personas religiosas de que hay problema porque son de las entidades que se denominan a sí mismas como objetores, entonces hay entidades como estas que donde es completamente con decirte ¡casi imposible! Acceder a una interrupción y cuando se accede es bajo unas violencias terribles que toca preparar a la mujer que se va a encontrar con eso.”

“El sistema de salud lo sabe, la otra cosa es que no informen a la mujer o le pongan también trabas en el proceso (...) no se pudo lograr desde otras maneras porque pues sabemos que somos un país conservador, pues que faltan muchos avances también desde el ejercicio de los derechos.”

“Si uno se encuentra con embarazos más avanzados, uno se encuentra directamente con lo que les decía al principio que son las desigualdades de la mujer, que la mujer terminó accediendo al servicio súper tarde pero no porque quisiera sino porque tuvo muchos problemas con sus sistema de salud, no se lo hicieron, porque se detectó una malformación muy tarde, porque el hombre la presionaba y no la dejaba salir, también un grado de escolaridad muy bajito que le permita no tener una percepción muy clara también de sus cambios corporales, entonces cuando una mujer está entre un embarazo tan avanzado es porque también tuvo que enfrentar un montón de vicisitudes pues para llegar hasta ese punto.”

“La dificultad de que todas las mujeres que acceden a una interrupción puedan tener acceso a una consulta de psicología, te pongo en el ejemplo de que la mujer quisiera solicitar una interrupción voluntaria del embarazo y le dijeran listo si quieres psicología la cita es en un mes y medio (...) pasa por un escenario de estructura del sistema de salud, que uno dice pues omitamos esa parte y nos tocó con el médico todo.”

“Que en el escenario ideal, sí, ojalá las mujeres pudieran siempre contar con ese espacio pero requiere voluntades del sistema de salud, que desde las entidades privadas como Profamilia, Oriéntame ahí está el espacio... pero que desde las entidades del sistema de salud uno lo ve

muy complicado que pasen por ese escenario ¿sí? Tendría que haber un profesional contratado sólo para eso, y ponle que de manera aleatoria llegan casos de solicitud de interrupción, entonces uno diría, bueno de ahí ¿cómo funciona el sistema de salud? ¿cómo se lograría o se garantizaría que esa persona si pudiera tener orientación? Probablemente va a tener orientación posterior a la interrupción ¿sí? es decir, si la persona sigue con algunos sentimientos, o emociones, o contradicciones, es desde el sistema de salud tradicional donde dicen -*¡Ah bueno! ahí si requiere psicología, le doy la cita en un mes-*

“Cómo garantizamos que todas las mujeres que solicitan una interrupción tengan atención de psicología y ahí yo te digo ¿cómo lo hacemos?; si la mujer llama a pedir su cita de medicina general y le dicen -*listo su cita de medicina esta en 2 semanas, y sí, también quiere una cita de psicología-* llamemos por molestar ahorita y yo te digo, te van a dar la cita y ni va a ver agenda. Entonces ahí uno dice en qué momento la mujer va a recibir esa atención, o sea, es por el tipo de estructura del sistema de salud que tenemos, que la salud mental, no es una mentira, que para el sistema de salud es secundaria, aunque digamos, sepamos que es algo prioritario”

“Pero pues, gran parte de las mujeres no lo obtiene por cómo está construido el sistema de salud y cómo ha visto como no prioritario la atención, o no contar con los suficientes profesionales y con el enfoque.”

“Si uno busca en una revista o, eh, bueno, en una base de datos internacional, en la biblioteca, en inglés, tú vas a ver mucha producción asociada a la investigación con relación a la orientación, con relación a cómo hay una relación entre la violencia de pareja para que genere un embarazo no planeado y del embarazo no planeado hay una conexión muy directa al aborto y el acceso a un aborto; entonces yo te digo, hay mucha investigación, pero desde Latinoamérica por la condición de los países latinoamericanos, muy permeados por aspectos de barreras asociados al aspecto cultural, al aspecto religioso, ha generado que no haya mucha producción en la investigación y que haya soporte económico para construirlo”

“Lo que vemos es que hay demasiadas barreras y los

	<p>profesionales no cuentan con la formación necesaria para atender las solicitudes de las mujeres, a nivel general, porque esto es una investigación que no sólo va dirigida a público de estudiantes de psicología, sino que, puede estar dirigida a médicos ¿sí? sobre todo a los médicos, que son los que tienen que atender a las mujeres.”</p> <p>“Se limita un poco la intervención del psicólogo o la psicóloga desde ese espacio, que vuelve a quedar desde las entidades privadas, que queda reposado, queda como el acceso a los derechos, pero desde Oriéntame y Profamilia yo te digo <i>-Sí pues maravilloso-</i> pero son entidades que no deberían estar únicamente permitiendo el acceso a un derecho, sino que, tendría que ser el sistema de salud a nivel general(...)”</p> <p>“Entre otros retos, está todo el tema asociado al aspecto económico, desafortunadamente si el sistema de salud no brinda una atención a tiempo, la mujer se va haber presionada u obligada, o la única opción que tendrá es pagar la intervención de manera privada, pueda que siga siendo legal pero tenga que pagar, o qué terminó haciéndolo en el marco no legal”</p>
<p>Papel de la Psicología</p>	<p>“Lo que se centra es que la orientación se puede dar desde una psicóloga o psicólogo, más allá de la profesión es tener claro un enfoque de derechos y de género, en mi perspectiva también una perspectiva feminista y lo que declara la final es generar un espacio de contención emocional si fuera necesario, te lo digo si fuera necesario porque no necesariamente puede que lo necesiten, puede que tengan muy clara su decisión y se sientan tranquilas, posiblemente ese espacio es opcional en términos si la mujer se encontrara con algún conflicto. (...) desde esta orientación psicológica/psicosocial está asociada a la valoración si hay conflictos morales, religiosos con respecto a su propia decisión.”</p> <p>“En este espacio también es muy importante aclarar el marco legal porque si nos paramos de que yo estoy cometiendo un delito la sensación emocional va a ser distinta a decirle a la mujer que lo que ella está actuando va a favor de la ley, que hay leyes que la protegen y que a la final lo que está ejerciendo es un derecho, entonces lo tercero está asociado a establecer que ella está en un marco legal y de derechos.”</p>

		<p>“El cuarto está muy asociado a mirar el tipo de intervención con ella, porque antes de la semana 10, en algunas clínicas antes de la semana 12 se puede contemplar que la mujer tome la decisión de cuál de los tratamientos desea y siempre se sugiere que la mujer tome la decisión, aunque bueno en el sistema de salud con las EPS no es posible, no les dan las opciones, pero la recomendación siempre es que la mujer también acorde a sus sensaciones y lo que está pasando en ella se le informe cómo son los procedimientos y con qué se sentiría más cómoda, más tranquila o cómoda.”</p> <p>“A nivel general una orientación en el proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo hay otras violencias que viva la mujer que haga que por esa razón tomé la decisión de la Interrupción que no hay problema si la toma, si ella está viviendo un hecho de violencia de pareja y ella ve que el embarazo puede llevar un atadura, si esa es la decisión que ella toma por esa causa está perfecto, pero que no se detecte situaciones de presión, ¿sí?, que otro esté tomando la decisión por ella.”</p> <p>“Lo más importante ahí sería el apoyo y que ella se sienta en un espacio escuchada, una escucha activa y que el proceso de orientación ojalá no se acabe ahí si no que si es preciso ella tenga conocimiento de nuevas orientaciones, eso con referencia al proceso de orientación ya con respecto a los tratamientos (...)”</p> <p>“Si la mujer vive un embarazo no planeado parte de esa situación puede estar asociada a una ausencia de información adecuada, pertinente, a nivel médico de los mecanismos para la prevención de un embarazo no planeado. Eso es un poco a nivel general frente a la orientación.”</p> <p>“No perdamos el contexto de quién estamos atendiendo porque esa atención, aunque la solicitud de intervención no es lo mismo cada atención tiene la particularidad de que es un mundo distinto (...) no es sólo hablar de derechos sino hacer una contención emocional desde ahí, que es volver a construir un nuevo significado”</p> <p>“En algunas ocasiones se entra a mirar acciones simbólicas a veces rituales, hace parte del proceso</p>
--	--	---

	<p>también de elaboración de lo que siente la mujer frente al hecho. Hay una diversidad pero al final es ese espacio de atención psicológica o de estar centrado y personalizado ¿sí? De lo que necesite la mujer.”</p> <p>“Frente al tema de la elaboración de la culpa, es algo que se ha trabajado mucho desde la literatura pero habla mucho de construir nuevos significados, un significado propio de por qué ella tuvo que tomar la decisión.”</p> <p>“No hay que tenerle temor a hablar de eso porque algunos profesionales dicen como bueno y cómo voy a entrar a hablar de Dios en plena consulta con psicología y que yo tenga, pues hay que hablarlo.”</p> <p>“Tú puedes pensar lo que quieras, practicar la religión que desees, pero eso no puede sobrepasar tu ámbito profesional (...) ahí uno puede garantizar como psicólogo o como médico que el continuar va a generar un escenario de sufrimiento, y ahí está la manera en que se resuelve el tema de la causal.”</p> <p>“Aspectos relacionados a la concepción de culpa, o también los temas asociados a mujeres víctimas de violencia que terminaron en embarazo por el tema de violencia de pareja porque no dejaban que ella tuviera anticoncepción, casos de violencia sexual, casos de malformación, entonces yo te digo, claro ahí la orientación que brinda otra profesional se queda corta y que realmente es desde los profesionales de psicología que podemos brindar un proceso de acompañamiento más completo por nuestra formación”</p> <p>“En el escenario ideal donde la mujer que deseara pudiera tener esta orientación de psicología yo te digo ahí tenemos unos elementos también de hacer el manejo de contención emocional y poder brindar una orientación reflexiva que permita construir nuevos significados y eso requiere un entrenamiento que no se, no se da en una sola capacitación (...) Es como el plus que puede generar un profesional de psicología que un profesional de otras áreas claro puede informarte del marco legal, puede trabajar un poquito el tema de la culpa, puede brindar contención emocional, sí, pero que finalmente su profesión no ha brindado esas herramientas que podemos garantizar un psicólogo o una psicóloga.”</p>
--	--

“Ahora, por cómo está estructurado el sistema de salud, ha sido necesario que la orientación no sólo sea brindada por el psicólogo, sino que sí o sí, garanticemos una orientación desde cualquier profesional de la salud, es más eso. Pero estoy de acuerdo contigo, en términos de que en el ideal, ojalá pudiéramos ser los psicólogos, por lo que tenemos las herramientas para brindar un acompañamiento donde se construyen nuevos significados con esa mujer, que eso sí lo tenemos, somos nosotros como profesionales; mientras que los otros profesionales si pueden brindar una orientación muy completa, pero no tendrán las herramientas de construir nuevos significados frente a las sensaciones o emociones que tiene esa mujer si presenta algún conflicto personal.”

“Mira que en este tipo de trabajos no sólo es que tengamos un psicólogo o psicóloga, yo te digo no, no es suficiente, también debe tener un enfoque muy claro este psicólogo o esta psicóloga, una perspectiva muy clara desde el orden del enfoque de género, desde la perspectiva feminista, porque si no es así no haríamos nada ¿sí? es decir, finalmente puede que brinde un tipo de orientación que no es pertinente en este tipo de solicitud como lo es la interrupción del embarazo.”

“como psicóloga uno tiene que tener claro el enfoque, pero pues en el momento en que estás asumiendo ese acompañamiento es, listo, además necesitas sentirte respaldado por la institución, necesitas estar con un equipo en el que te sientas contenido emocionalmente, como profesional (...) o que yo te digo, bueno digamos que desde el área de la psicología sabemos que hay vamos varios enfoques, desde el acompañamiento a mujeres, si es cierto que desde determinados enfoques ha habido más apertura a investigar en ciertos temas y avanzar de cómo debe ser la construcción de conversaciones, sobre todo desde el enfoque sistémico.”

“Entonces cuando vemos la atención a mujeres víctimas, atención a la salud sexual y reproductiva de mujeres, a las situaciones que vivimos las mujeres por tener un útero ¿sí? que nos hace finalmente diferentes a la especie masculina; vemos que desde el ámbito del enfoque sistémico sí ha habido cierto escenario de reflexión,

	<p>reflexividad, y hay también investigación desde la perspectiva feminista y el enfoque sistémico, que permite tener esa reflexión, no solamente de que la mujer es quién es experta de su decisión, toma su decisión personal, sino que también es la construcción de significados dentro de ese espacio.”</p> <p>“Desde el escenario de psicología a nivel de todos los enfoques hay algo que sí tienen todos en común, y es que, se debe tener en cuenta la particularidad del sujeto ¿sí? por eso es que es tan difícil en este tema o en cualquiera generalizar ¿sí? entonces -no todas las mujeres pensamos esto, o todas las mujeres sienten esto o todas las mujeres sienten culpa-, a veces en este tema tendemos mucho a generalizar y yo te digo, cada situación de interrupción aunque fuera la misma solicitud, tenía aspectos diversos que no hay que perder de vista sólo por, digamos, acompañar la orientación psicosocial.”</p> <p>“Hay otro aspecto que brinda la psicología y es, no perder de vista la complejidad del sujeto o su entorno, y eso nos permite a nosotros tener una lupa para detectar, por ejemplo, situaciones de violencia, que pudo que no haya sido el motivo de consulta de la mujer, pero que se encuentra en un escenario de confianza y contenida, que le permite hablar por primera vez de que está siendo víctima de violencia de su pareja”</p> <p>“Yo diría que esos elementos, sobre todo el tema de detectar otros aspectos que requieren atención también inmediata, sobre todo las violencias. Hay varios estudios que informaban que, las entidades privadas que generaban los procesos de interrupción, eran de las entidades donde más se encontraban casos de violencia y registraban casos de violencias contra las mujeres, y es porque se sentían en como en confianza, o sea, si ya tú puedes hablar del aborto y no te juzgaron, eso te da de entrada la oportunidad de hablar de un montón de circunstancias que te pasan en la vida después de que no está siendo juzgada por ese profesional.”</p> <p>“Si tú no eliges la práctica en la universidad, tú nunca ves el enfoque de género ¿cierto? es decir, también ese es otro aspecto que uno dice <i>-listo, la profesional o el estudiante que escogió psicología educativa, pero su camino la ubicó en la atención a mujeres-</i> no va a tener la</p>
--	--

		<p>posibilidad, sólo en el momento en el que está en su vida profesional de encontrarse con enfoques que son vitales, tenerlo claro desde el pensum de la carrera Universitaria (...) El tema de la salud sexual y reproductiva es un tema demasiado amplio, y cuando uno sale del pregrado uno sabe que, pues no todo se puede profundizar, pero que sí uno tiene un deber a nivel profesional de seguirse cualificando, y más si el camino o tu decisión te ha llevado a estar en ese ámbito ¿si? de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.”</p> <p>“es que retos son todos ¿no? es decir, sí es cierto que al menos en Latinoamérica hay una deficiencia muy grande en investigación, frente aspectos relacionados con la toma de decisión de la interrupción voluntaria del embarazo(...) un reto es contribuir desde el escenario de la investigación, en el entorno latinoamericano, en el idioma español, porque pues la manera de la investigación obviamente está en idioma inglés, desde otros países.”</p> <p>“Los psicólogos tenemos también el reto desde nuestros espacios desde donde nos encontramos de facilitar o de, si estamos dentro de una entidad de salud, poder ser esa apertura o esa persona que sea el centro, que permitan dinamizar dentro de ese hospital, o dentro de esa clínica, o dentro de esa organización esos casos”</p>
--	--	---

Categorías de análisis	Subcategorías	Fragmentos entrevista a Diana C
Datos sociodemográficos		<p>“Yo soy psicóloga, con maestría en psicología con énfasis en psicología y salud y luego hice el doctorado en salud pública.”</p> <p>“Yo trabajo sobre temas relacionados con salud de las mujeres, en específico no he trabajado directamente el tema de Interrupción Voluntaria del Embarazo pero si desde la sombrilla de salud de las mujeres desde una perspectiva de género y más bien he acompañado procesos de investigación como directora y evaluadora, sobre todo como evaluadora.”</p>

Diferencias entre IVE y aborto	IVE	<p>“Sí, precisamente esa es una discusión y ha sido una ganancia en muchos terrenos, en el terreno jurídico pero también en el reconocimiento de los derechos de las mujeres a decidir sobre nuestros propios cuerpos. La Interrupción Voluntaria del Embarazo y reconocerlo así da cuenta de unas ganancias y de unos terrenos que hemos ido posicionando las mujeres en esa lucha por volver a habitar nuestros cuerpos.”</p> <p>“La categoría de Interrupción Voluntaria del Embarazo es una perspectiva que permite más la conversación y además del hecho que diga voluntaria, que también habría que revisarlo de cuáles son las razones por las cuales se decide hacer un IVE pero el término y la palabra de esa categoría voluntario empieza a dar un margen allí de autonomía y de toma de decisiones de las mujeres, en el marco de la garantía de nuestros derechos sobre nuestros cuerpos.”</p> <p>“Hay que problematizar la comprensión y entender cuáles son las razones por las cuales se llega esto, porque creo que hay en la lectura de esto y la representación y el significado que le dan las mujeres a llegar al IVE es bien distinta y más que las intervenciones, desde allí el rol de la psicología también debería ser distinto”</p>
	Aborto	<p>“La palabra aborto tiene una connotación negativa y desconoce que hay una perspectiva de derechos detrás de esto y una perspectiva que también hay que ponerla en clave de salud y de autonomía sobre nuestros propios cuerpos.”</p> <p>“Referirse a la categoría aborto tiene de entrada una connotación negativa, de delito, muy cercano a terminar con la vida de otro, de pecado.”</p>
Normatividad en el IVE	Sentencia C-355/06	<p>“Sería interesante revisar con más detalle, a qué se refiere esta causal relacionada con salud mental, que es una de las que se ha establecido como legal, y bueno, y cómo se está está entendiendo la Salud Mental”</p> <p>“Porque si ustedes miran la definición de la Organización Mundial de la Salud es muy positiva, las capacidades para desarrollarse en un contexto social, no es sólo la ausencia de enfermedad, mira la Política Nacional de Salud Mental del 2018, cita esa esa definición de la OMS en sus</p>

		<p>primeras páginas, pero cuando habla sobre la política de qué lineamientos establece y cuáles son los ejes prioritarios de atención... ro cuando llega las líneas de intervención, mírenla y habla de, epilepsia, suicidio, problemas relacionados con convivencia, que tienen que ver con violencia y consumo de sustancias, entonces al final se aterriza en problemas”</p> <p>“La IVE, qué es lo que se entiende por implicaciones a la Salud Mental, cómo se operacionaliza esa vaina, porque desde allí se toman decisiones, <i>-si se le puede hacer, no se le puede hacer-(...)</i> hasta qué momento está permitido el aborto en Colombia, según recuerdo la interrupción voluntaria del embarazo no hay un límite de semanas y ahí hay un espacio difuso, entonces hay un espacio súper difuso y pareciera ser que después de la semana 21 o la semana 28 es mucho más problemático.”</p>
	Derechos de la mujer	<p>“Entonces el tema derechos no sólo como derecho 1, derecho 2, sino que también ha habido una lucha por los derechos y no siempre los derechos nos han acogido a todas, en específico, si pudiéramos pensar, el derecho a la vida, está allí y no sólo entendido como una vida biológica, sino como una buena vida”</p> <p>“entonces el derecho a la vida, pero esta vida pensada en una manera más amplia no sólo no morir, y el derecho a la salud, recientemente si ustedes miran la Constitución Política de Colombia, la salud no era un derecho, si ustedes miran un artículo donde se define la salud, dice que la salud es un servicio que el Estado debe garantizar; sólo hace un par de años con ley estatutaria, se plantea que la salud es un derecho, recientemente, hace dos o tres años, entonces bueno, <i>-ahora sí puedo decir que la salud es un derecho-</i> en principio veo esos dos, yo creo que hay más pero para mí esos dos son los vitales, problematizandolos ¿no? No como en blanco y negro”</p>
Experiencias laborales de ellas en el ámbito	Trato del personal de la salud	<p>“Entonces, esos hombres y esas mujeres además creo que el 74% del personal de salud en el país son mujeres tanto médicas, enfermeras, especialistas y demás, pero aún así las mujeres cuando vamos cotidianamente somos vulneradas y lo más interesante de eso es que las mujeres no nos damos cuenta de que somos violentadas, sobre todo en el parto”</p>

“En principio el personal de la salud que los y las he conocido en su lugar de enunciación y haciendo trabajo en las instituciones de salud está más orientado a entender el fenómeno médico que en realidad es una, lo que hay detrás de esto es una comprensión basada en lo biológico, en el proceso de gestación, en las razones por las que se hace o no, en la edad de la mujer, en el pronóstico de la mujer, en asuntos más como del mundo de lo médico que se concretan en lo físico, un poco en desconocimiento de quién es ella”

“Cuando una mujer entra al consultorio médico y le dicen (cita) *-Pase señora, acuéstese en la camilla, quítese la ropa interior, póngase la bata y acuéstese en la camilla-* que es lo que nos dicen en la citología es como si nosotras perdiéramos la identidad particular, ya no somos la profesora, ni la estudiante, ni la psicóloga, sólo somos otra mujer en consulta para hacerse una citología.”

“En cambio entrevistando psicólogos y psicólogas que atienden a mujeres en instituciones de salud, en general, si recuerdo que ellos y ellas intentaban tener una perspectiva más de la persona en su contexto, y de cómo ese evento de salud se articula con la vida en general de ella y que de alguna manera marca, y desde ahí darle el acompañamiento más allá de lo biológico.”

“Pero ella mostraba como el personal de la salud en efecto si hace una valoración de las mujeres, por lo general una valoración negativa, sobre todo si son mujeres que están aduciendo a motivos económicos o limitaciones económicas (...) Sobre todo las médicas, como que hacían una valoración muy negativa de las mujeres que solicitaron la interrupción voluntaria del embarazo, aduciendo algo así cómo, descalificando que las mujeres adulteran con motivos económicos o que era porque ya tenían muchos hijos, lo cual se meten esa gran sombrilla de *por razones de Salud Mental*, también creo que depende de la valoración que haga el personal de salud, y allí el personal de salud en psicología para este caso.”

“Por ejemplo, este investigador, que hace parte del equipo de atención de salud como médico ginecobstetra y epidemiólogo y no sé qué, y además hombre, paisa, que creo que eso también es importante... él contaba cómo

sus colegas lo repudiaban, y que cuando habían casos de interrupción voluntaria tardía del embarazo después de la semana 21 o 28, lo llamaban a él desde Medellín y él iba a distintos lugares de Colombia a atender a estas mujeres, porque el personal de salud que estaba en las instituciones no las atendía(...)"

"Pero ellas narraban mal trato del personal de salud, muy parecido al maltrato que refieren las mujeres que han sido violentadas durante el parto, *-pero cuando lo estaba haciendo no se quejaba, pero cuando lo estaba haciendo no pensó en esto y ahora sí se va a quejar-* con esa idea que suele tener el personal de salud sobre que las mujeres somos irresponsables, y eso a mí me lo han dicho a mí las en las investigaciones, *-que nosotras somos irresponsables, que somos promiscuas, que no nos cuidamos y que luego no asumimos las consecuencias-*"

"Ella médica ginecobstetra, se da cuenta que fue víctima de violencia obstétrica, cuando dice, cuando yo, *cuando a mí me hicieron cesaria y estaba sedada, el médico que me estaba atendiendo, le preguntó a mi esposo que si de una vez me hacían la ligadura de trompas, el pomey, él dijo que sí, mientras yo estaba dormida (...)* Eso mismo me lo contó una enfermera jefe en Medellín, en mi trabajo de campo de la tesis de Doctorado, siendo ella sindicalista y su esposo sindicalista, los dos profesionales de salud, cuando ella estaba adormecida por la anestesia, el médico le preguntó y su esposo dijo *-sí hágaselo de una vez-*."

"Ojo que las mujeres también de IVE, sobre todo las de IVE tardía van a esas salas de parto, o sea, se acuestan al lado de la mujer que está en trabajo de parto, y eso también era bien significativo (...) entonces llega y dice -pero nosotros no las dejamos tomar agua, y entonces quien la estaba entrevistando era una compañera que era médica-, entonces ella entendía mucho más el asunto biológico y dice -¿ah pero no hay que suspenderle la vía oral? Por qué se la suspenden, no pues por política a todas se las suspendemos pues ahora que pienso las mujeres sí piden agua y agua y agua, y uno no se los da-, y en ese momento él empezó a llorar"

"Porque él no se había dado cuenta de eso, sólo hasta que uno como que lo saca del contexto, entiende -¡ay juemadre! No les damos ni agua-, siendo que no hay una

		prescripción que diga que para todas las mujeres hay que dejar de darles agua durante el trabajo de parto”
	Acompañamiento/funciones de la profesional	
	Motivación	<p>“Yo hice la práctica en la Comisaría de Familia de Bosa, vi varios casos de mujeres que llegaban con cáncer de cuello uterino muy avanzado y empecé a preguntarme por qué pasaba esto si en la toma de citología era gratuita y que no había barreras para tomarse el examen y que las mujeres no deberían llegar o tener cánceres de cuello uterino tan avanzados (...) vi varios casos así, entre otras formas de violencia en los espacios de salud hacia las mujeres, varios casos de mujeres que llegaban con su quinto o sexto hijo por Comisaria de Familia” (...) las mujeres no sabían qué procedimientos habían tenido lugar en sus cuerpos y de allí surgen varias preguntas de mi investigación que rastreeó en el pregrado, en la maestría y en el doctorado y es mi línea de trabajo”</p> <p>“Otro de mis ejes de interés que de verdad no me dejan dormir son las prácticas del personal de salud y de eso si fue mi tesis doctoral; ¿Qué hace el personal de salud cuando se encuentra con las mujeres en los distintos espacios que se encuentran con nosotras? Para la toma de citología, colonoscopia, todo lo que tiene que ver con nuestros cuerpos, la atención en el parto que es lo que estoy investigando recientemente que es parto humanizado”</p> <p>“A mi me interesa el personal de salud que está conformado por los hombres y las mujeres que atienden a las mujeres en las consultas, dentro de las consultas.”</p> <p>“Sobre nuestros cuerpos que nos hagan una u otra intervención es algo que se hace en los contextos del dolor, del miedo, de estar desnudas en una camilla con esa bata azul y que uno se acuesta ahí y siente frío, me acuerdo de eso y no sé si se alcance a ver pero se me pone la piel de gallina porque de ahí surgió mi tesis doctoral y fue de un acto de violencia en una consulta ginecológica, y son cotidianas y luego uno escucha y es lo que pasa, es</p>

		<p>lo que sucede continuamente.”</p> <p>“Aunque he trabajado y está en mi corazón la categoría Violencia Obstétrica, yo prefiero entrar por la vía de Parto Humanizado que me permite hablar con el personal de salud. Mi beta de trabajo es con el personal de salud, lo que pasa es que no hay tiempo en la lógica de las instituciones.”</p> <p>“Yo en la tesis de doctorado que me tomó muchos años, yo no sabía por qué, no, yo sí sabía, yo sí quería investigar qué pasaba con las mujeres cuando nos atendían pero sinceramente, y eso igual está ahí escrito en la tesis, en la introducción, a mí me tardó mucho tiempo, incluso después de haber acabado el trabajo de campo, para entender que es que a mi me habían violentado”</p> <p>“Es que a mi me violentaron en una consulta y me dijeron -esto, esto, esto- y me sentí así y así, y yo le eché, en mi Diana racional, psicóloga de la Nacional mega cuantitativa, yo le eché tierra a eso y olvidé eso (...) yo después de eso, yo como que me quité de encima muchas trabas y la tesis de doctorado yo la escribí en primera persona (...) después fue bien valorado porque fue esta - tesis tiene que ver conmigo, me han violentado a mí también y a las demás en las consultas-”</p>
Percepciones del IVE	Percepciones frente al profesional	<p>“Este personal de salud son hombres y mujeres que encarnan el sistema biomédico, encarnan el modelo médico hegemónico, unas formas de hacer y una prácticas para las cuales han sido disciplinados entrenados, educados, legitimados. Eso en principio pero también hay que darle la vuelta de tuerca y es que estos hombres y mujeres estén siendo (reflexiona) así como encarnan el modelo médico hegemónico, que es una categoría que plantea un autor argentino que se llama Eduardo Menendez que plantea que ese modelo médico oculta muchas otras formas de atención en salud y trata de normalizar a las personas en las prácticas que allí suceden, pues estos hombres y mujeres no necesariamente hacen un ejercicio deliberado de esas formas de violencia que tienen lugar en la atención a mujeres, tanto en la citología como en un IVE como en la Interrupción Voluntaria del Embarazo tardía.”</p> <p>“Estos hombres y mujeres sirven al sistema de salud y lo</p>

		<p>encarnan pero no por ello salen invictos, también está su salud bastante deteriorada y creo que también yo tengo una pregunta sobre la educación, sobre los pensums, si uno revisa los pensums de especialidades dedicadas a la atención de salud en las mujeres como ginecología y obstetricia es escaso que haya una aproximación desde la humanización o desde el reconocimiento de los derechos de las mujeres, eventualmente habrá una clase de derechos sexuales y reproductivos pero entre que se lo aprendan en una diapositiva y en la consulta entiendan que la mujer que está al frente es un sujeto de derechos y que puede decidir y que además debería ser suficientemente informada para decidir sobre un procedimiento u otro, ahí hay una ruptura.”</p> <p>“Desde su marco de valoración porque también son seres humanos situados, ellos y ellas, y además están en una jerarquía propia de las instituciones de salud, del modelo médico hegemónico precisamente (...) el personal de salud se le dificulta entender que las mujeres tomamos decisiones, la verdad y en general, en general se les dificulta un montón porque claro, han sido educados y disciplinados para entender para decir que hacer, “el saber es poder” y ellos estudian para obtener ese saber y nosotros no sabemos, ellos nos dicen entonces debemos comportarnos pacientemente y seguir las recomendaciones... yo creo que no tiene mucho sentido entrar en una pelea con el personal de salud, entendiéndolo como hombres y mujeres que están ejerciendo su profesión en unas lógicas que a veces no han elegido, sin quitarles su posibilidad de agencia”</p> <p>“Hay personal de la salud que lucha por los derechos de las mujeres. Para el personal de salud es algo más cotidiano, entonces ahí hay un desencuentro, no hay un diálogo ahí, es muy difícil, pero sí, para mí el personal de salud es clave.”</p> <p>“No mal ellos sino por las condiciones del sistema de salud y las condiciones laborales que también son precarias y violentadas y violentados también.”</p>
	Percepciones frente a la mujer	<p>“Las mujeres no reconocen que son violentadas o que no se les atendió de forma digna su parto porque estamos acostumbradas a que así es, que el personal de salud tiene la razón sobre partes de nuestros cuerpos que nosotras ni</p>

siquiera nos vemos.”

“Pero más allá de eso y pensando en el terreno de la historia de vida de lo de narrativo y de lo psicológico, no entendido lo psicológico como mente cuerpo, sino cómo lo relacional, lo situado y lo contextual, pues llegar a una interrupción voluntaria del embarazo porque hay una malformación incompatible con la vida en el feto o en el hijo/hija, porque difícilmente las mujeres decimos *-no tengo un feto aquí o mi feto-* si no *-mi hijo mi hija-* O sea llegar por esa vía es bien distinta incluso socialmente, no sólo psicológicamente, sino socialmente, porque la sociedad, la familia, los grupos de referencia, más fácilmente entienden que Antonia decidió interrumpir su embarazo y lo legitiman, porque claro, había un problema allí con el bebé, con el niño o la niña”

“Si se llega a la interrupción voluntaria del embarazo aduciendo otro tipo de razones que, para que más o menos quepa en ese marco de legalidad, se plantean como afectaciones a la salud mental de la madre y que también tienen que ver con razones económicas, porque cuando se llega por esa vía, he visto que el juzgamiento es mayor, tanto del grupo de referencia como de ellas mismas”

“No es lo mismo ser una mujer de alto nivel educativo, con unos buenos recursos sociales, que tiene un abogado que la asesora, que tiene amigas feministas que la asesoran, versus, ser una mujer que está en una situación de pobreza, bajo nivel educativo, contextos rurales, racializada, que no cuenta con esos apoyos, que no sabe que hay movimientos y que no sabe que eso se cruza con sus derechos.”

“Hay algo de lo que se habla mucho y es la *ciudadanía en salud*, pero nosotras no podemos ser ciudadanos en salud si antes no hemos habitado en nuestros cuerpos, nuestros cuerpos han sido expropiados, es difícil decidir sobre ellos, tomar decisiones, incluso conocernos. en una entrevista una mujer me decía *-es que uno viene al médico porque él es el que sabe, él es el que sabe, él le dice a uno-* ,y es verdad ahí hay una formación para hacerlo. Pero fíjense cómo entregamos nosotras como *-dígame qué es lo que tengo-*”

“Primero sobre el tiempo tal como lo vive la mujer,

		<p>porque no tengo la respuesta, pero yo sí me pregunto, si el significado y la vivencia de esta experiencia para la mujer es distinta según las semanas de gestación que tiene, como que si lo hago hasta cierto momento puedo tomar la decisión más tranquila y eso, claro en clave de si está formado, no está formado el feto, si ya tiene cierto tamaño, o se me nota, o no se me nota; entonces creo que la perspectiva de tiempo para la lectura que hace la mujer que está en ese proceso de toma de decisiones es importante por lo que simbólicamente implica para ella. (...) Imagínense una mujer en el momento justo de la interrupción voluntaria del embarazo cuando llega allá, se despide de sus familiares, si va acompañada, si va sola, cuando entra, todo lo que se le pasa por la cabeza, en ese momento, ahí en la intervención, ahí en la sala de cirugías y de procedimientos.”</p> <p>“Las mujeres hablan mucho del frío, sobretodo del frío, el frío es algo que marca mucho en esos espacios (...) es otra mujer siendo atendida en la cotidianidad del servicio, para uno es un evento definitivo.”</p>
<p>Barreras psicosociales en el IVE</p>		<p>“Ahí uno se pregunta <i>-¿y por qué llegan hasta este momento? ¿por qué se esperan hasta tantas semanas?-</i> en la mayoría de los casos, porque las mujeres se daban cuenta de los embarazos tardíamente, porque mientras pasaba por todos los distintos momentos, y de todas las barreras de la atención en salud, pues pasaban muchas semanas y entonces después de eso era como la culpabilización, sobre todo a ellas que la hacen tardíamente ¿no? entre comillas, que es como un problema más ¿no? una capa más para el problema”</p>
<p>Papel de la Psicología</p>		<p>“Uno esperaría que el profesional de psicología se centre más en comprender las implicaciones que tiene la interrupción voluntaria del embarazo para esa mujer es su dimensión más emocional, es su dimensión más relacionada con asuntos como salud mental y demás, pero más allá de eso comprender quién es esa mujer que se está viendo enfrentada a ese proceso, entenderla en su contexto y en su historia de vida y cómo sucede este evento particular que eventualmente”</p> <p>“Pues creo que la psicología en general debería ser un poco más situada y contextualizada, reconocer las necesidades particulares de las personas a quienes</p>

	<p>atendemos, en general, y en específico sobre estos temas, yo sí creo que la psicología está en mora de hacer unas comprensiones que problematicen las intervenciones que hacemos desde la perspectiva de que no atendemos sujetos del libro, no atendemos casos de libro, que más allá de un diagnóstico o de una etiqueta que permite hacer una intervención, pues tampoco a intervenciones de libro, y que en ese contexto los fenómenos sociales que involucran a hombres y mujeres, sus vidas, sus cuerpos, pues invitan a que la psicología también se problematice(...)"</p> <p>“El tema de género y psicología no suele ser un tema muy explorado, cómo entiende la Salud Mental la psicología tampoco; miren la Política Nacional de Salud Mental, allí no hubo psicólogos ni psicólogas tomando decisiones en las esferas altas, de hecho ni siquiera nos hemos enterado de la política Nacional de Salud Mental, que se promulgó en 2018, que no es la maravilla, tiene muchas limitaciones, pero al menos como que uno ya dice <i>-Uy ahí ya como que nos podemos posicionar-</i> más específicamente creo que en psicología.”</p> <p>“Creo que el rol de la psicología es importante en las instituciones de salud como ese mediador, como ese rol de mediación entre las necesidades de las personas, que tienen más implicaciones emocionales en su salud mental y en esa perspectiva de contexto y lo que le dicen y lo que espera el personal de salud (...) pero creo que lo que prima allí y creo que ese es el gran dato de la psicología, es comprender que las mujeres somos sujetos de derechos y que tomamos decisiones sobre nuestras vidas y nuestros cuerpos, y más bien la atención sería ese acompañamiento informado que tomamos decisiones y nos sentimos, no legitimadas sino fortalecidas en ese acompañamiento psicológico para tomar una decisión, esta u otras, creo que eso es lo difícil.”</p> <p>“Entonces fíjense que la psicología, a mi modo de ver (...) la psicología no tiene un rol allí tan claro, y si estamos en mora(...)y es a propósito de los temas que van a investigar, pues problematizar un poquito eso, porque hay una definición divina pero luego se operacionaliza en problemas, depresión, ansiedad, estrés... entender esas lógicas de poder en las cuales resultan inmersas.”</p>
--	---

	<p>“Reconocer el rol de la psicología y ustedes como lo encarnan y lo expresan cotidianamente. Creo que entender las lógicas del personal de salud como desde una perspectiva no necesariamente calificadora de entrada, ayudarían no como juzgando, no entrando en contravía, desde allí reivindicar los derechos, los de ustedes como psicólogas profesionales que tienen un bagaje y una formación desde la cual pueden decir cosas y aportar las comprensiones y también entendiendo las necesidades de las mujeres, lograr tener una conversación como pares.”</p> <p>“Reconocer el rol de la psicología, tener una formación muy rigurosa que no sea visto como <i>-ella es mujer entonces se solidarizó con la otra y la está apoyando o ah la psicóloga como la señora le lloró ya dijo que tiene afectación en su salud mental-</i>, (...) desde el rol y el fortalecimiento riguroso de esas valoraciones que ustedes puedan hacer en su formación y en su bagaje teórico, pues poder soportar lo que digan.”</p> <p>“Entender quién es el personal de salud, cuáles son sus lógicas, sus necesidades, las jerarquías, las motivaciones y demás, desde psicología le queda como fácil entender ahí las relaciones y entender el sistema de relaciones, entender las necesidades de las mujeres y desde ahí mediar, al final la mujer tiene un derecho que uno también desde la psicología tiene que garantizar.”</p> <p>“Lo interesante es que ellas llegan a trabajar con el personal de salud y no llegan a decirles haga esto, haga esto, haga esto, las mujeres se sienten así, ustedes las maltratan, no, hacen talleres (...) hacen talleres con el personal de salud más como de sensibilización y vivenciales (...) donde les hacen preguntas sobre ¿cómo fue cuando usted nació?, ¿qué le ha contado su mamá de cuando usted nació?, ¿cómo fue el parto suyo?, entonces ahí ya empiezan a, no los abordan como personal de la salud sino en sus experiencias de vida.”</p> <p>“Hay otro ejercicio que hacen que hacen como un juego de roles, les cambian los roles (...) de esos talleres, que el personal de salud como que toma conciencia, como que se hace del otro lado, creo que esto es una cosa de verdad psicológica ahí.”</p> <p>“El mundo está esperando algo de ustedes, como mujeres,</p>
--	--

		<p>como psicólogas y por cierta clase social y demás, entonces esperan que ustedes sean tranquilas, comprensivas, que acompañen (...) ustedes mismas cómo se ubican frente al tema, lo reflexivo es esa capacidad para entenderse a uno mismo a una misma en el proceso.”</p> <p>“Es tener la autoría, poder decir algo en el mundo que a las mujeres nos cuesta tanto, tenemos que citar más, tenemos que ser más rigurosas, porque la ciencia ha sido blanqueada, muy masculina”</p> <p>“Que es la interseccionalidad, dentro de las mujeres por supuesto se interceptan, no es como la mujer si no las mujeres. Entonces creo que el reto para la psicología es, en general entender eso, pero particularmente en este caso, es comprender a estas mujeres, no es como una intervención estándar, o que todas van a tener duelo, o que todas van a llegar en la misma condición.”</p>
--	--	--

Categorías de análisis	Subcategorías	Fragmentos entrevista Valeria V
Datos sociodemográficos		<p>“Yo soy antropóloga, soy Magister en Estudios Culturales y siempre me he dedicado a la antropología médica desde una perspectiva de género (...) desde una perspectiva incluso no tanto de género sino de una perspectiva feminista”</p> <p>“Sé de las experiencias que tienen las mujeres durante la interrupción voluntaria del embarazo sobre todo por el trabajo con el Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos”</p> <p>“Además de la docencia, trabajo en investigación con base a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, me he dedicado a la investigación sobre las relaciones médico-paciente y a las relaciones digamos del sistema de salud con las mujeres en los procesos digamos de embarazo, parto, posparto, aborto, ya sea espontáneo o interrupción voluntaria del embarazo.”</p>
Diferencias entre IVE y aborto	IVE	“Los procedimientos para la interrupción voluntaria del embarazo dependen mucho digamos del tiempo gestacional que tenga una mujer, en el primer trimestre

		pues está a través de algunos medicamentos que provocan el aborto... durante el embarazo pues sí hay otros procedimientos que pueden llegar a ser más invasivos”
	Aborto	“Son muy pocos los abortos que se dan después del tercer trimestre, vamos a decirlo así ¡muy pocos! Eso es como el 1%, una cosa así, de verdad muy pocos los embarazos que llegan hasta ese término, que es incluso cuando ya se llama “feticidio”, yo se que suena muy feo, pero es así como el nombre técnico que se le da, y esos feticidios... casi que los grupos Provida hacen ver el aborto desde el primer momento como un feticidio, y son muy pocas las mujeres que llegan hasta ese lugar.”
Normatividad en el IVE	Sentencia C-355/06	<p>“La Sentencia C-355 desde el 2006 que nos da el derecho de la interrupción voluntaria del embarazo a las mujeres bajo tres causales: la salud de la madre, que puede ser no solamente la salud psicológica sino evidentemente también la salud mental.”</p> <p>“El concepto que existe de salud, ese concepto es lo suficientemente amplio para que tenga en cuenta la salud y el bienestar físico, emocional, mental, incluso el económico, entonces en este sentido una causal sería la salud mental.”</p> <p>“Al menos está la sentencia que nos permite en estos tres casos y cobijar cualquier necesidad que tenga la mujer en cualquiera de estos tres casos (...) en Colombia, tenemos la fortuna de que no se le ha puesto caducidad, es decir, como que en cualquier momento del embarazo se puede interrumpir.”</p>
	Derechos de la mujer	<p>“Todas las mujeres deberíamos poder decidir sobre nuestro cuerpo”</p> <p>“Fijense que yo no es que sea pro aborto, yo soy pro derechos de las mujeres, si la mujer tiene la necesidad, debe tener el derecho ¿si? Cualquiera que sea la causa, simplemente necesitarlo, con desearlo, debe estar a su disposición, esto es un servicio de salud, que muchas mujeres en eso se les va la vida ¿si? Cada mujer que tiene miedo que la rechacen y le digan <i>-no, esto no entra dentro de las causales-</i> y va y busca un aborto clandestino, es una mujer que se está jugando la vida, y la cantidad...”</p>

		<p>“Entonces, algo que es un derecho y un delito a la vez, eso confunde a todo el mundo, yo como mujer no sé cuándo es derecho y cuándo es delito, incluso el personal de la salud muchas veces no sabe si es delito o es derecho. Vieran la cantidad de niñas que están procesadas, que tienen un proceso penal abierto por aborto ¡es una vergüenza! Y uno mira y finalmente han acudido al servicio de salud sangrando, entonces las cogen y les dicen -¡Ah! Aborto- y finalmente se dan cuenta que abortaron en un lugar clandestino, tienen una hemorragia, les atienden la hemorragia y le avisan a la policía y ¿por qué lo hace el personal de salud? Porque entonces el delito cae sobre ellos finalmente, ellos sienten que tienen esa obligación porque de lo contrario puede ser que el judicializado sea el prestador de servicio de salud, entonces es algo muy confuso cuando algo es un derecho, pero a la vez es un delito ¿sí?”</p> <p>“Creo que es muy importante y ojalá a futuro pues eso fuera un requisito, que se vuelva un derecho sin restricciones para las mujeres, un servicio de salud como cualquier otro que requerimos las mujeres y se puede hacer, claro, con todo el respeto, rodeada de profesionales idóneos sin juzgamientos y nada, todo muy en equipo preocupados por la salud de esa mujer que está atravesando ese problema tan difícil en la vida.”</p> <p>“Ahí hay algo importante, un derecho no puede ser un delito en ningún caso, ninguna mujer debería ser judicializada por algo que es un derecho, y cuando tenemos además, una población muy poco educada en sus derechos... porque nuestra población es muy poco educada en nuestros derechos, nadie sabe cuáles son nuestros derechos.”</p>
Experiencias laborales de ellas en el ámbito	Trato del personal de la salud	<p>“Muchas veces el personal de la salud lo que les dice a las mujeres es -no, ahora usted tiene que pensar es en su bebé, ya no solo en usted sino en su bebé-, cómo priorizar las necesidades y la salud del bebé sobre la de ellas mismas”</p> <p>“A veces se piensa, que la Interrupción Voluntaria del Embarazo es de mujeres que no quieren el embarazo, y está esa idea de -Ay no se protegió, ay pero por qué fue a abrir las piernas- que además esto es super común y se ve desde el personal de la salud, hasta la gente en general</p>

-Ay, pero para abrir las piernas si no pensó- y bueno eso...”

“Entonces es una combinación muy peligrosa para las mujeres, y en eso es en lo que terminamos, en abortos clandestinos, en muertes o en mujeres que por esos abortos clandestinos terminan estériles o que quedan con problemas de salud permanentes para toda su vida por culpa de la realización de eso, o también mujeres que terminan muy bien atendidas en los servicios de salud y respetadas, y depende si tienen la suerte de encontrarse con un equipo fantástico, como por ejemplo, hay mujeres que van a Profamilia ¿sí? Y son mujeres atendidas super bien, o mujeres que llegan a otros servicios de salud donde son atendidas con toda la violencia y les dicen -*abortadoras compulsivas*- o les dicen cosas no santas, o les dejan con el feto entre las piernas para que escarmienten, o hacen cosas que realmente son muy, muy dolorosas.”

“Además los servicios de salud se deben acondicionar para esa situación, porque ¿cómo es posible que tú estes pasando por una pérdida fetal, por un aborto y te pongan en la sala de recuperación donde están todas las mujeres lactando a sus recién nacidos? ¡Recupérate de eso! Y de eso conozco así de casos que han tenido una pérdida, que incluso les dicen -*El producto no tiene latido*-, así se enteran que su bebé murió(...)las ponen en recuperación ahí, viendo a todas las mamás con sus recién nacidos que están lactando a sus bebés, y ellas salen absolutamente traumatizadas de la situación.”

“Recuerdo el caso que me contaba una médico que, era como una Eps que mandaba a las mujeres que habían decidido abortar a una psiquiatra, pero la psiquiatra... tú entrabas al consultorio y tenía todas las paredes llenas de la imagen de la Virgen, la Virgen embarazada, la Virgen lactando, o sea, todas las imágenes religiosas habidas y por haber, donde básicamente en vez de una intervención psicológica y una atención psicológica de esa mujer, lo que recibían era un discurso sobre como abortar era un pecado, etc. y si después de toda la Virgen, la Biblia, el cura ¡bueno, toda esta vaina! Todavía la mujer persistía, entonces pues ahí si la mandaban a que seguir como la ruta para poder realizar la intervención, pero fíjense, incluso la atención de esta psiquiatra, eso es violencia.”

	Acompañamiento/funciones de la profesional	<p>“Habría mujeres que no lo querrían, que lo rechazaría y finalmente dicen <i>-no, yo solita le hago frente a esto-</i> lo que sea, pero habría otras que sí lo requieren y muchas veces no hay esa posibilidad y solitas les toca echar pa’ lante, asumir los duelos y las pérdidas y como guerreras que siempre nos toca a las mujeres pero ¿Qué beneficios podría traer? Pues para una mujer que lo necesita, que lo quiere, y que es su derecho, pues finalmente, pues no sé a encontrarle solución o resolución positiva a su caso, a tal vez elaborar de mejor manera el duelo por esa pérdida, pues yo creo que la psicología como profesión tiene una serie de herramientas que ayudan a la resolución de conflictos afectivos, de traumas psicológicos que cargamos que tenemos, y yo digo que muchas veces el aborto para las mujeres se convierte en un trauma que les fractura todas estas estructuras psíquicas y las deja completamente desarmadas, entonces yo creo que para estas mujeres de hecho sería un acompañamiento realmente fundamental y creo que incluso que no sólo lo tuviera ambulatorio después de, si no en el proceso incluso, una persona digamos que también esté pendiente al lenguaje que utiliza y que se utiliza para hablar con ellas.”</p>
	Motivación	<p>“Yo estoy más en cómo la temática de violencia obstétrica entonces pues digamos ahí es donde de pronto yo les podría ayudar en cuanto a violencia obstétrica en torno a la interrupción voluntaria del embarazo.”</p>
Percepciones del IVE	Percepciones frente al profesional	<p>“muchas veces los profesionales de la salud están culpando implícitamente a la mujer porque <i>-algo hizo, algo habrá hecho para causarse ese aborto, qué se habrá metido, qué se habrá tomado, cómo se habrá maltratado ese embarazo para que haya tenido este resultado-</i>.”</p> <p>“Bueno, pues digamos, prestadores de servicio de salud como tal, pues tendrían que dar un trato respetuoso de los derechos de la mujer ¿si? Eso es todo, y en la atención digamos, ya sea de una emergencia obstétrica, ya sea un aborto inducido, o una Interrupción Voluntaria del Embarazo o un aborto espontáneo, digamos el prestador de servicio lo que tiene que hacer es atender el caso finalmente, y en la atención se debe hacer con todo el respeto y la consideración de la mujer que está atravesando esta situación”</p>

		<p>“Finalmente sí creo que tienen que ser personas capacitadas en eso y yo creo que no cualquier persona tiene la capacidad ni la sensibilidad para manejar esto, no creo, porque precisamente todos tenemos pues, una educación muy judeo cristiana, muy católica y cuando se trata del aborto, lo cierto es que es raro encontrar personas que no establezcan ningún juicio de valor al respecto, es muy raro, todos tenemos juicios de valor.”</p> <p>“Lastimosamente nuestro sistema de salud de alguna manera desestima la salud psicológica muchas veces.”</p> <p>“Muchas veces los profesionales de la salud no son violentos porque quieren ser violentos o sean malos porque quieren ser malos, sino que hay una cantidad de condiciones ahí; hay una sobreexplotación laboral, hay una ausencia de infraestructura, también hay una serie de prejuicios culturales, sociales, religiosos al rededor del aborto, pero también hay una ausencia de herramientas emocionales que ellos no han aprendido muchas veces en las escuelas de enfermería, medicina, psicología, psiquiatría, etc, no han aprendido a manejar las emociones frente a sucesos como estos, entonces muchas veces cuando no sabemos hacer algo pues simplemente no lo hacemos y miramos para otro lado y de esa manera no nos afecta a nosotros lo que le está pasando a esa otra persona.”</p>
	Percepciones frente a la mujer	<p>“El comportamiento de las mujeres siempre está como en ese juicio constante de qué hizo usted para producirse el aborto o incluso los castigos que vienen (...) finalmente la mujer cuando está embarazada no es ella sola. Incluso a quién se le da más importancia ¿a ella o al feto que está esperando o al bebé que está esperando?”</p> <p>“Porque no solo ya no está la idea de que no eres tu quien legisla sobre tu cuerpo y quien decide sobre tu cuerpo, y si vas a ser madre o no vas a ser madre, además está el Estado que te dice cuando si puedes y cuando no puedes, que te pone unas causales y unas condiciones para poder hacerlo, sino que además toca pedirle permiso al padre del feto ¿si? Que finalmente termina siendo pues, un poco lo mismo de siempre, si no es el cura, es la pareja, sino el Estado mismo decidiendo sobre el cuerpo de las mujeres”</p>

“Pero lo que yo he encontrado es que en muchos de esos embarazos que terminan en interrupción son embarazos muy deseados y que terminan siendo las mujeres tratadas con el mismo estigma, y que aparte que están sufriendo una dolorosísima pérdida, tienen que sufrir el ataque y la violencia desde diferentes sectores, como no sé, la familia, desde la pareja muchas veces, desde los grupos Provida, y pues también los mismos prestadores de los servicios de salud ¿sí?”

“Creo que finalmente toda la tutela y todo el ataque vino a esa mujer, finalmente es lo que vemos detrás del aborto ¿sí? A los hombres no los atacan por el aborto, a las mujeres sí, a las mujeres nos atacan y muy fuerte e incluso muchas veces quien está pidiendo esa interrupción es el hombre ¿no? Y aún así es la mujer quien está en cuestionamiento.”

“Muchas veces se encuentra uno el juzgamiento, las historias de esas mujeres que han tenido que pasar por todo esto. Recuerdo el caso de una que contaba cuando pasó por la trabajadora social, básicamente ella trató de meterle cosas en su cabeza como *“no, usted el embarazo lo perdió porque estaba peleando con el novio.”*

“Para juzgarnos, ya somos muy buenas las mujeres (risas), yo digo que las mujeres somos nuestro propio verdugo y tenemos nuestro propio cura, y nuestro padre y nuestra madre y todo el mundo, y nosotras mismas establecemos ese juzgamiento y no necesitamos otra persona que nos esté juzgando.”

“Yo pienso que todos estos casos debieran tener un acompañamiento psicológico ¡todos!, pero es que a veces nos parece que si es que es una Interrupción Voluntaria del Embarazo, como era lo que quería, ella no necesita acompañamiento psicológico, ¡claro que sí! Es una pérdida igual, las mujeres sufren un duelo por la pérdida, es una decisión que para las mujeres no es fácil de tomar, en ningún caso es fácil de tomar ¿sí? Y muchas de ellas pues viven con esas consecuencias y viven con ese dolor, y tienen que afrontar la pérdida y tienen que afrontar el duelo de la pérdida, y tienen que afrontar a veces incluso la violencia que han recibido por la familia, por los prestadores de servicio de salud y pues que les han vulnerado sus derechos de mil maneras.”

<p>Barreras psicosociales en el IVE</p>		<p>“Los movimientos Provida desestiman la salud causal como causante para la interrupción voluntaria del embarazo.”</p> <p>“Incluso muchas veces las mujeres que llegan a esas interrupciones muy tardías de los embarazos, es porque han encontrado mil trabas para poderlo realizar antes.”</p> <p>“Un nivel religioso, pues evidentemente existe toda esta cantidad de construcciones alrededor de la mujer, de cómo la mujer maternal y que evidentemente que renuncia a la maternidad pues es casi que antimujer... tiene que ver con la idea de asesinato.”</p> <p>“Los grupos Provida han hecho un gran trabajo, hay que decirlo, han hecho un gran trabajo digamos construyendo un imaginario sobre el aborto que es muy perjudicial para las mujeres mostrando como si todos los abortos fueran el bebé sufriendo, un bebé, en vez de un feto, que está sufriendo, que está sintiendo dolor.”</p> <p>“El mismo sistema médico, los mismos profesionales de la salud ¿sí? Que también vemos muchas veces como se presenta violencia en el momento de la atención.”</p> <p>“No solamente cuando se trata de una interrupción voluntaria del embarazo sino también un aborto espontáneo (...) todos esos castigos y esta violencia a la cual se ven expuestas las mujeres en el momento de reclamar sus derechos, porque este es un servicio de salud tienen que ver con los estereotipos de género que se han construido alrededor de las mujeres y con todas estas visiones digamos estereotipadas sobre la mujer, sobre el embarazo, sobre que si la mujer no es maternal pues básicamente ni es mujer.”</p> <p>“Está incluso la culpabilización de la mujer por la situación que haya provocado el abuso que es algo que vivimos de hecho las mujeres.”</p> <p>“¡la culpa! Yo digo que es uno de los dispositivos más grandes que existe del causamiento de las conductas de las mujeres, entonces siempre está en tela de juicio el comportamiento de la mujer (...) se responsabiliza también muchas veces a las mujeres del estado de salud del embarazo, del bebé o del feto que hay allí,</p>
---	--	--

	<p>básicamente qué hizo, qué comió, cómo se comportó, qué pasó, hay todo un estado constante de tutela de la mujer. Casi que a veces se espera que la mujer priorice la vida del feto sobre la suya misma.”</p> <p>“Muchas veces no se cree que su decisión sea la más acertada, o se espera que otras personas participen en la decisión (...) no solamente se le está juzgando por el estado de salud, etc. sino también se le está juzgando por la decisión de no querer traer un hijo al mundo.”</p> <p>“Una Senadora del partido este Centro Democrático estaba diciendo que para hacer la interrupción voluntaria del embarazo se debería contar con la autorización del padre del feto, de la criatura pues (...) el Estado te viola y ¿por qué te viola?, pues porque está obligando a tener un cuerpo extraño dentro de ti que tu no quieres tener ¿si? Y en esto me gustaría decir que, muchas veces, y esto es algo que yo veo mucho...”</p> <p>“Las cifras son espeluznantes, la cantidad de mujeres en Colombia que pierden la vida por un aborto clandestino, son escandalosas y son una vergüenza en este momento de la historia, que sigan muriendo mujer por abortos clandestinos. Y fíjense que muchas veces son mujeres que entrarían en las causales, pero es que el aborto tiene la particularidad de ser a la vez un derecho y a la vez un delito ¿si?”</p> <p>“Incluso muchas mujeres, claro, arriesgándose a que le digan que no es una causal, no sé que, dicen <i>-No pues esto es un delito-</i> buscan de una vez, sin siquiera pasar por la ruta burocrática, del itinerario burocrático de atención de salud en nuestro país, lo que hacen es que de una vez se van a un lugar clandestino y pues muchas veces en última instancia les cuesta la vida.”</p> <p>“Esto es por infraestructura, es por la infraestructura del sistema de salud, que finalmente no tienen una sala para duelo, que no tiene atención psicológica para la mujer que acaba de perder su embarazo, que no tiene atención psicológica para la mujer que requiere de una Interrupción Voluntaria del Embarazo”</p>
Papel de la Psicología	<p>“Yo creo que la psicología como profesión tiene una serie de herramientas que ayudan a la resolución de conflictos</p>

	<p>afectivos, de traumas psicológicos que cargamos que tenemos, y yo digo que muchas veces el aborto para las mujeres se convierte en un trauma que les fractura todas estas estructuras psíquicas y las deja completamente desarmadas, entonces yo creo que para estas mujeres de hecho sería un acompañamiento realmente fundamental y creo que incluso que no sólo lo tuviera ambulatorio después de, si no en el proceso incluso, una persona digamos que también esté pendiente al lenguaje que utiliza y que se utiliza para hablar con ellas”</p> <p>“Muchas veces esa percepción de ausencia de empatía o esa real ausencia de empatía está relacionada con que los profesionales de la salud no tienen los recursos o los conocimientos que les permitan hacer frente a las situaciones por las que están atravesando, entonces, sería muy chevere ese acompañamiento psicológico con las mujeres pero también hacía esos profesionales que están atendiendo a esas mujeres, chevere sería.”</p> <p>“Esa atención psicológica debería también hacerse sobre los profesionales de la salud que están atendiendo estos casos.”</p>
--	---