



CONSORCIO
LATINOAMERICANO
CONTRA EL
ABORTO
INSEGURO

INVESTIGACIÓN SOBRE **ABORTO** EN **AMÉRICA** **LATINA Y** **EL CARIBE**

UNA AGENDA RENOVADA PARA
INFORMAR POLÍTICAS
PÚBLICAS E INCIDENCIA

SILVINA RAMOS
COMPILADORA



INVESTIGACIÓN SOBRE ABORTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

UNA AGENDA RENOVADA PARA INFORMAR POLÍTICAS PÚBLICAS E
INCIDENCIA

Sonia Ariza Navarrete · Viviana Bohórquez Monsalve · Josefina Brown
Susana Chávez A. · Claudia Díaz Olavarrieta · José Manuel Morán
Faúndes · Alejandra López Gómez · Mario Pecheny · Mónica Petracci
Agustina Ramón Michel · Silvina Ramos · Nina Zamberlin.

Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe : una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia / Alejandra López Gomez ... [et al.] ; compilado por Silvina Ramos. - 1a ed. . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES ; Mexico, DF : Population Council ; Lima : Promsex, 2015.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-29257-6-5

1. Aborto. 2. Políticas Públicas. 3. América Latina. I. López Gomez, Alejandra II. Ramos, Silvina, comp.

CDD 320.6



Diseño

Rafael Gamboa

Organizaciones

Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI)

Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)

Population Council – Oficina para América Latina y el Caribe

Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX)

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna, ni por ningún medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin la autorización previa de sus autores.

ÍNDICE

I. PRESENTACIÓN 5

Susana Chávez

II. NOTA INTRODUCTORIA 7

Claudia Díaz Olavarrieta

II. INTRODUCCIÓN 11

Silvina Ramos

IV. ACERCA DE LAS/OS AUTORES 15

1. MUJERES Y ABORTO 19

El papel de las condiciones legales y sociales en las trayectorias y experiencias subjetivas de las mujeres frente al aborto inducido

Alejandra López Gómez

2. VARONES Y ABORTO 41

Acompañarlas en lo que ellas decidan: aborto y participación de los hombres

Mario Pecheny

3. PROFESIONALES DE LA SALUD Y ABORTO 57

Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas de las/os profesionales de la salud

Alejandra López Gómez

4. ACTORES POLÍTICOS Y ABORTO 77

¿Clericales versus anticlericales? Buscando puntos de fuga en el debate político-ideológico

Josefina Brown

5. ABORTO E IGLESIAS 95

Cuatro focos analíticos en América Latina

José Manuel Morán Faúndes

6. OPINIÓN PÚBLICA Y ABORTO 129

La sociedad discute sobre el aborto en América Latina

Mónica Petracci

7. NORMATIVAS Y ABORTO 153

De los derechos a los hechos: análisis del marco legal sobre el aborto en América Latina y el Caribe

Viviana Bohórquez Monsalve

8. ESTIGMA Y ABORTO 173

El estigma asociado al aborto como objeto de estudio: los primeros pasos en América Latina

Nina Zamberlin

9. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y ABORTO 191

La libertad consciente

Agustina Ramón Michel y Sonia Ariza Navarrete

I. PRESENTACIÓN

Susana Chávez

Secretaria Ejecutiva de CLACAI

El Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI), es una articulación regional que engloba a activistas, proveedores de servicios de salud, abogados/as, investigadores/as y otros profesionales afines, cuyo objetivo prioritario es la promoción del acceso a la información, así como las estrategias y tecnologías para la disminución del aborto inseguro en el marco del pleno respeto a los derechos humanos, en especial los derechos sexuales y reproductivos.

La prioridad de CLACAI siempre ha sido la generación de recursos para la región, ya sean de carácter jurídico, médico o de investigación, como en este caso, que sirvan para orientar y apoyar nuevas rutas y estrategias para mejorar el acceso al aborto legal y seguro en todos los niveles, en la región.

En este sentido, tenemos el placer y el orgullo de presentar *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. Esta publicación es un estado del arte que reúne el conocimiento disponible, producido en América Latina en el período 2009 a 2014.

En líneas generales, este libro aborda diversos aspectos de los temas más relevantes de la investigación sobre aborto inducido, desde una revisión crítica de resultados y metodologías, que apunta a identificar tendencias y resultados notables en cada temática, así como a reseñar sugerencias que podrían robustecer el enfoque o el abordaje del tema, a identificar los vacíos o las lagunas de conocimiento en cada temática y, sobre todo, a ofrecer insumos para la elaboración de una agenda de investigación en la región, la cual oriente el trabajo de la comunidad de investigadores/as y activistas y responda a la demanda de producción de información confiable basada en evidencias, lo cual fortalecerá acciones de incidencia informada.

Sin duda, la investigación es un área clave que no debemos dejar de lado en la contribución a un mejor acceso al aborto legal y seguro. Es por ello que estamos seguras que este trabajo servirá para orientar la acción futura del Consorcio y de toda la región en este sentido, al mismo tiempo que contribuirá a que se tenga un mayor conocimiento a nivel mundial de lo que se produce en América Latina en relación con estos temas.

II. NOTA INTRODUCTORIA

Claudia Díaz Olavarrieta

Directora, The Population Council-Mexico

En América Latina y el Caribe, los embarazos no deseados han alcanzado cifras epidémicas que afectan a cientos de millones de mujeres y hombres. Es una región que también ostenta las legislaciones más restrictivas a nivel mundial, como lo apunta Kulczycki en *Abortion in Latin America: changes in practice, growing conflict, and recent policy developments* (2011), así como inequidades geográficas y étnicas que cada día son más difíciles de cerrar. En el caso específico de México, la alta prevalencia de embarazos en adolescentes, señalada en la *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*, del Gobierno de la República (2014), ha llevado al gobierno federal a considerar esta epidemia como un tema apremiante que exige soluciones a plazo intermedio y largo. Lo anterior nos indica que debemos contar con mejores opciones anticonceptivas que sean accesibles y asequibles y que permitan abordar las necesidades diversas de salud sexual y reproductiva de la población. Sabemos que 225 millones de mujeres en países de ingresos bajos y medios, como los que conforman la región, desean retrasar o evitar embarazos, sin embargo no están utilizando un método anticonceptivo moderno, como se analiza en *Family Planning 2020* y como lo apuntan Singh, Darroch, y Ashford en *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health* (2014). Esta necesidad insatisfecha de un método anticonceptivo, definida por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), como la cantidad de mujeres casadas o en unión libre, que desean limitar o espaciar sus familias y no están usando ningún método anticonceptivo, con respecto al total de mujeres casadas o en unión libre, nos permite incluir al aborto legal y seguro, como una de las opciones reproductivas que podría ser considerada por las mujeres que así lo eligieran (como lo señalan las *Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar* de la CEPALSTAT, en 2015).

La carga de enfermedad consecuencia de un aborto inseguro en nuestra región es alarmante, a decir de *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: Priorities for Research and Action*, editado por Warriner y Shah para el Guttmacher Institute en 2006. Lo anterior sin duda determina el tipo y la calidad de los servicios de interrupción del embarazo a los que pueden acceder las mujeres, siempre con el hilo conductor de la inequidad, producto de la clase y la etnia. La influencia de la jerarquía de la Iglesia Católica en la percepción que se tiene del aborto, también determina el estigma social de un procedimiento que

en otras latitudes se considera como otra opción reproductiva. Sin embargo, en *Lisbon 2014: An International Summit on Reproductive Choice* –coordinado por Catholics for Choice, British Pregnancy Advisory Service y Associação para o Planeamento da Família–, Beverly Winikoff nos hace un llamado de atención cuando menciona que el tratar de relegar al aborto legal y seguro a una categoría “separada” de los métodos anticonceptivos, nunca permitirá que se incorpore al mundo de la planificación familiar y de la anticoncepción, es decir, no nos permitirá sacar al aborto del clandestinaje que ahora ocupa en la inmensa mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

En la organización internacional no gubernamental Population Council, llevamos a cabo proyectos de investigación en temas críticos de salud y desarrollo. Nuestra misión es incrementar las opciones anticonceptivas de mujeres y hombres y asegurar que la gente joven tenga una vida plena y productiva. Los resultados de nuestro trabajo conllevan a elaborar mejores políticas, programas y tecnologías que optimicen la calidad de vida de las personas a nivel global. Nuestra oficina en México ha documentado las tendencias en opinión pública sobre aborto, con estudios pioneros, como *Public Opinion on abortion in Mexico City after the landmark reform*, publicado por Wilson, García, Díaz-Olavarrieta, Villalobos-Hernández, Valencia, Sanhueza-Smith y Burks (2011), que muestran la manera en la que una sociedad logra incorporar y legitimar el tema del aborto una vez que se despenaliza, se abren servicios de calidad, seguros, legales y gratuitos, expuestos en el *Programa de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México: Una isla de libertades*, de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (2014), y se continúa avanzando en la batalla por legitimar los derechos sexuales y reproductivos.

El libro que hoy presentamos, incluye un abanico de temáticas, retos y agendas inconclusas en el campo del embarazo no deseado y el aborto inducido. Los autores, liderados por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (Silvina Ramos, CEDES-Argentina) y por el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI), plantean sus propuestas de solución y reflexión acerca del tema del aborto inseguro en una región conformada por 46 países, territorios dependientes y departamentos de ultramar de acuerdo con el Fondo de Agricultura de las Naciones Unidas (FAO) y una población mayoritariamente urbana, dinámica y joven (como lo señalan las *Health, Nutrition and Population Statistics*, del Banco Mundial) en 2015.

Si como nos dice Yolanda Palma en Warriner y Shah (2006), el embarazo no deseado, da inicio a un proceso de toma de decisión que puede, o no conllevar a la interrupción de un embarazo, lo anterior sustentado por la evidencia de la problemática del embarazo precoz de acuerdo con el *Annual Report. A Year of Renewal* del Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA (2014); como nos sugiere la Doctora Winikoff, “...podemos tener nuestras propias creencias pero no nuestros propios hechos...”, y esto es lo que contiene este libro: evidencias, no creencias.

Referencias

1. Kulczycki A. Abortion in Latin America: changes in practice, growing conflict, and recent policy developments. *Stud Fam Plann.* 2011.42(3):199-220.
2. México. Gobierno de la República. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes [Internet]. México: Gobierno de la República; 2014 (citado 2015, julio 8). Disponible en: http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/PDF/ENAPEA_0215.pdf.
3. Family Planning 2020. FP2020 [Internet]. Washington DC: DP2020 [2015]. Disponible en: <http://www.familyplanning2020.org/>.
4. Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014 [Internet]. New York: Guttmacher Institute; 2014 (citado 2015, julio 14). Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/AddingItUp2014.pdf>.
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPALSTAT: Bases de Datos. Necesidades insatisfechas en material de planificación familiar [Internet]. Naciones Unidas; 2015 (citado 2015, julio 14). Disponible en: http://interwp.cepal.org/sisgen/SisGen_MuestraFicha_puntual.asp?id_aplicacion=1&id_estudio=4&indicador=2183&idioma=e.
6. Warriner I K y Shah I H, editores. Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: Priorities for Research and Action. New York: Guttmacher Institute; 2006.
7. Catholics for Choice, British Pregnancy Advisory Service y Associação para o Planeamento da Família. Lisbon 2014: An International Summit on Reproductive Choice. Washington, DC: Catholics for Choice; 2015 abril.
8. Wilson K S, García S G, Díaz Olavarrieta C, Villalobos-Hernández A, Rodríguez J V, Smith P S, *et al.* Public Opinion on abortion in Mexico City after the landmark reform. *Stud Fam Plann.* 2011.42(3):175-182.
9. Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal y Alianza Nacional por el Derecho a Decidir. El programa de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México: Una isla de libertades. Distrito Federal: Secretaría de Salud; 2014.
10. Food and Agriculture Organization of the United Nations. FAO Regional Office for Latin America and the Caribbean [Internet]. Roma: FAO [2015]. Disponible en: <http://www.fao.org/americas/en/>.
11. The World Bank. Health, Nutrition and Population Statistics. Population Estimates and Projections [Internet]. Washington DC: The World Bank. Disponible en: <http://datatopics.worldbank.org/hnp/popestimates>.

12. United Nations Population Fund. UNFPA Annual Report. A Year of Renewal [Internet]. Nueva York: UNFPA; 2014 (citado 2015, julio 8). Disponible en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_annual_report_2014_en.pdf.

III. INTRODUCCIÓN

Silvina Ramos

La investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe tiene tradición. Diversas disciplinas, instituciones y equipos de trabajo han contribuido a producir un corpus de conocimiento de calidad que ha ido permeando diversos circuitos de nuestras sociedades, convirtiéndose –en muchos países de la región–, en una herramienta estratégica para el debate social, las acciones de incidencia, la agenda parlamentaria, la arena judicial y las políticas públicas. Nuestra región es un buen ejemplo de uso del conocimiento para informar y orientar prácticas sociales y para promover, legitimar y sostener el cambio social.

La conversación saludable de la investigación con otras prácticas sociales, ha sido mérito de esfuerzos individuales y colectivos muy variados en los últimos 30 años. También la “doble pertenencia” de muchas investigadoras/es ha contribuido a ello: colegas que no solo investigan y publican sino que también son voceros del conocimiento que producen y nutren los debates sociales y las estrategias de incidencia de formas muy variadas.

Por su parte, las organizaciones internacionales que han apoyado la investigación sobre aborto en nuestra región no han sido ajenas a los méritos de esta situación, aun cuando desde hace algunos años las políticas institucionales de quienes financian actividades sobre aborto en la región no hayan priorizado –como si lo hicieron en otras épocas–, la producción de conocimiento basado en una agenda de investigación estratégica.

Quienes se dedican a investigar sobre aborto en nuestros países lo hacen convencidos/as de la utilidad de generar conocimiento confiable, no sólo para comprender mejor el fenómeno en todas sus dimensiones (subjéctiva, social, política y cultural), sino también de su valor estratégico para orientar la acción. Se dedican a ello, aun cuando investigar sobre el aborto plantea complejidades teóricas y metodológicas singulares y dispone de un lugar poco reconocido en la arena académica.

En esta oportunidad, el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI) y el Population Council se reunieron para producir una publicación sobre el estado de la investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe en el período de 2009 a 2014. Inspirados en la tradición

de nuestra región y en sintonía con la línea de trabajo de Agnes Guillaume y Susana Lerner –quienes lideraron un esfuerzo similar en la década pasada¹–, lo han hecho con el ánimo de volver a colocar la agenda de investigación sobre el aborto en América Latina y el Caribe y contribuir con ello a orientar las estrategias políticas para mejorar el acceso al aborto legal y seguro en la región.

Esta publicación es fruto de poco más de un año de trabajo colectivo. A mediados de 2014, el CLACAI lanzó una convocatoria a investigadoras/es de la región y otras latitudes para realizar un concurso de antecedentes. Hacia fin de ese año, un comité evaluador seleccionó a las/os responsables de los nueve capítulos que dan forma a esta publicación. Estos son: las experiencias de las mujeres con respecto al aborto, la participación de los hombres en este fenómeno, las/os proveedores de servicios de aborto, la opinión pública sobre este tema, el estigma de proveedores y de la comunidad sobre el aborto, las normativas acerca del mismo, las iglesias y el aborto, las posturas ideológico-políticas de los actores políticos sobre el tema, así como la objeción de conciencia y el campo del aborto.

Concebida para abordar estos diversos temas, esta publicación se propone identificar argumentos y datos relevantes en cada uno de ellos, reseñar las metodologías utilizadas y presentar sugerencias que podrían robustecer los enfoques propuestos, e identificar los vacíos o lagunas de conocimiento. Su fin último es ofrecer insumos para elaborar una agenda de investigación estratégica que oriente el trabajo de investigadoras/es en los próximos años y ofrezca una mejor respuesta a la demanda de conocimiento de quienes, como activistas y decisores políticos, trabajan en el campo del aborto.

La revisión de la literatura siguió los criterios y procedimientos habituales del trabajo académico. Por ello, sólo se incluyeron artículos en revistas indexadas y libros o capítulos de libros, cuyos resúmenes figuraran en este tipo de publicaciones académicas y sobre los cuales se cuenta con versión digital de acceso abierto. Los textos fueron identificados en bases de datos electrónicas. Sabemos que estos criterios de búsqueda e identificación no permiten cubrir la vasta producción de información y conocimiento generados en la región. En este sentido, esta es una limitación de la publicación cuya responsabilidad asumimos quienes la coordinamos. De todos modos, la decisión fue tomada en conocimiento de esta consecuencia y con la intención de homologar los criterios con los que cada investigador/a debía orientar su tarea pues en cada campo temático, el acceso a las publicaciones es muy variable, así como también lo son los formatos y los canales de acceso. Sumado a esto, no toda la producción que circula, se encuentra disponible en formato digital para su revisión sistemática.

.....
¹ Guillaume A y Lerner S. El aborto en América Latina y El Caribe. Una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005 [Internet]. París-México: Centre Population et Développement; 2007. Disponible en: http://www.ceped.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2007.

Las/os investigadoras/es convocados en esta publicación han desarrollado su tarea con profesionalismo y compromiso. Les agradecemos su dedicación. Esperamos que este material sea útil para quienes trabajan en el campo del aborto y anime a que muchos otras/os se sumen. También esperamos que las reflexiones que aquí se presentan nutran nuestro pensamiento de nuevas ideas, inspiren nuevas preguntas, animen el uso de metodologías innovadoras e informen con robustez argumentativa y empírica nuestras acciones en el parlamento, la justicia, las políticas públicas y el debate social. Sabemos que estos deseos son ambiciosos. Pero no son imposibles.

IV. ACERCA DE LAS/OS AUTORES

Sonia Ariza Navarrete

Abogada de la Universidad Externado de Colombia, cursó Master en Derecho Constitucional y Derechos Humanos, y es doctoranda en la Facultad de Derecho de la Universidad de Palermo (UP) en Buenos Aires, Argentina. Docente e investigadora/coordinadora del Programa de Investigación y Abogacía Feminista (PAIF), de la Universidad de Palermo. Forma parte del equipo externo del Programa de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina; colabora en el equipo de asesoramiento y es docente de la Fundación para la Salud Adolescente, y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Correo electrónico: sonia_ariza@hotmail.com

Viviana Bohórquez Monsalve

Abogada de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia; con Maestría en Derechos Humanos de la Universidad Central Europea. Forma parte de la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y del Comité Legal del Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI).

Correo electrónico: viviana.bohorquez1@gmail.com

Josefina Brown

Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires e investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET), con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Dirige y participa proyectos de investigación sobre sexualidad(es), política(s) y subjetividad(es).

Correo electrónico: josefnabrown@conicet.gov.ar

Susana Chávez A.

Maestra en salud pública por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú; especialista en políticas públicas y salud sexual y reproductiva por el Institute for Health Policy and Social Science, de la Universidad de California de San Francisco, Estados Unidos. Directora fundadora del Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, Secretaria Ejecutiva del Consorcio Latinoamericana Contra el Aborto Inseguro (CLACAI).

Correo electrónico: susana@promdsr.org

Claudia Díaz Olavarrieta

Es directora de la oficina para México del Population Council (PC), y supervisa una amplia gama de proyectos de investigación en el campo de la salud sexual y reproductiva, como el papel de las enfermeras en la provisión de aborto temprano con medicamentos, la evaluación de una campaña de medios para informar a las mujeres de grupos vulnerables acerca del acceso al aborto legal, seguro y gratuito en zonas urbanas marginadas de la Ciudad de México, la calidad de la atención en mujeres usuarias de servicios obstétricos en un hospital de concentración de la Ciudad de México, entre otros. De 2007 a 2012, se desempeñó como investigadora-profesora en el Centro de Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública de México y cuenta con un Doctorado en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina, por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Correo electrónico: cdiaz@popcouncil.org

José Manuel Morán Faúndes

Doctor en Estudios Sociales de América Latina. Becario postdoctoral del CONICET del Centro de Investigaciones Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Córdoba, Argentina. Docente de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la UNC. Miembro del Programa de Derechos Sexuales y Reproductivos de la UNC.

Correo electrónico: jmfmoran@gmail.com

Alejandra López Gómez

Doctora en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Experta en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Psicóloga de la Universidad de la República, Uruguay. Coordinadora del Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades del Instituto de Psicología de la Salud, de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Correo electrónico: alopez@psico.edu.uy

Mario Pecheny

Doctor en Ciencia Política por la Universidad de París III. Reside en Buenos Aires, Argentina. Es Investigador Categoría Independiente del CONICET en el Instituto Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires, y Profesor Titular Regular de Sociología de la Salud de la Universidad de Buenos Aires.

Correo electrónico: pecheny.mario@gmail.com

Mónica Petracci

Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Es Investigadora Externa del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) e Investigadora del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Fue Secretaria de Estudios Avanzados de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Desde 1998 ha publicado libros, capítulos y artículos sobre aborto y opinión pública en revistas nacionales e internacionales.

Correo electrónico: mnpetracci@gmail.com

Agustina Ramón Michel

Abogada por la Universidad Nacional de Tucumán, Argentina. LLM por la Law School, University of Texas. Candidata doctoral por la Facultad de Derecho de la Universidad de Palermo. Investigadora adjunta del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y profesora de alta dedicación en la Universidad de Palermo. Cooordinadora de la Clínica Jurídica de Interés Público, coeditora de la Revista de Teoría del Derecho, e investigadora del Programa de Investigación y Abogacía Feminista (PAIF) en la Universidad de Palermo. Se dedica a temas sobre derecho a la salud, salud pública y derechos reproductivos.

Correo electrónico: michelagus@gmail.com

Silvina Ramos

Socióloga por la Universidad del Salvador, Argentina, cursó estudios de posgrado en Investigación Social. Es investigadora titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Directora de la Diplomatura en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (Universidad ISALUD-CEDES), Coordinadora del Observatorio en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (OSSyR) de Argentina y consultora en investigación social en el Instituto Nacional del Cáncer, Argentina. Se dedica a la investigación en temas de salud y derechos sexuales y reproductivos, salud de la mujer, cáncer y comunicación social, políticas y sistemas de salud, e investigación en implementación.

Correo electrónico: silvinaramosarcoiris@gmail.com

Nina Zamberlin

Obtuvo el título de Bachelor of Arts en Estudios Internacionales y Sociología en la Hamline University, Estados Unidos. Realizó estudios de posgrado en el Programa de Becarios Residentes en Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires, Argentina. Actualmente integra el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina y es coordinadora de proyectos de FUSA AC (Argentina), institución miembro de la IPPF. Su trabajo se centra en salud sexual y reproductiva y ha desarrollado proyectos de investigación y publicado trabajos sobre embarazo y maternidad adolescente, anticoncepción, atención prenatal, aborto y atención postaborto. Es docente en programas de posgrado de distintas instituciones nacionales y revisora de la Revista Argentina de Salud Pública y de Reproductive Health.

Correo electrónico: ninazamberlin@yahoo.com.ar

1. MUJERES Y ABORTO

El papel de las condiciones legales y sociales en las trayectorias y experiencias subjetivas de las mujeres frente al aborto inducido

Alejandra López Gómez

Resumen

En este capítulo se sintetiza y analiza el conocimiento disponible sobre las experiencias de las mujeres frente al aborto en América Latina y el Caribe. Se realizó una revisión del conocimiento disponible en la región publicado en revistas científicas, entre 2009 y 2014. Se incluyeron 55 artículos provenientes en su mayoría de Brasil, México y Cuba y, en menor medida, de otros países. La investigación generada en el período ha recogido un amplio repertorio de objetos de estudio, realizados desde enfoques teórico-metodológicos y estrategias diferentes. Se destaca el conocimiento sobre aspectos emocionales relacionados con el aborto, las realidades de las adolescentes y las jóvenes, el impacto de la clandestinidad y de la ilegalidad de la práctica que caracteriza a la gran mayoría de los países de la región, así como el uso del aborto con medicamentos y la relación de las mujeres con los servicios de salud en diferentes contextos legales. Los estudios ofrecen evidencias e indicios que permiten construir nuevas hipótesis en las cuales es necesario continuar trabajando. Se detectan vacíos e insuficiencia de información sobre aspectos clave, como el aborto en menores de 15 años, el aborto en el segundo trimestre del embarazo, la influencia de las familias en la decisión de abortar en las adolescentes, sus efectos psicológicos, las rutas críticas de acceso al aborto seguro en contextos sociales críticos y áreas suburbanas y rurales, entre otros temas. El desarrollo de una agenda de investigación que se proponga ampliar el campo de conocimiento de estos y otros asuntos, que discuta los abordajes metodológicos y sus limitaciones y que instrumente estudios comparados y aplicados, es un gran desafío para generar mejores condiciones de acceso al aborto seguro y legal para las mujeres de la región.

Palabras clave

Aborto, experiencias en mujeres, América Latina y el Caribe

I. Introducción

En América Latina y el Caribe, las mujeres se enfrentan cotidianamente a prácticas de aborto inseguro con efectos directos sobre su salud y su bienestar (1,2). La región registra el porcentaje estimado más alto de aborto inseguro en el mundo (4-7). Los contextos de ilegalidad y penalización del aborto exponen a las mujeres a riesgos sociales, médicos, psicológicos y jurídicos. Los riesgos se incrementan cuando las condiciones en las que tiene lugar la práctica no son las adecuadas, cuando las mujeres carecen de apoyo social o cuando no disponen de recursos e información confiable y de calidad para la toma de la decisión. A pesar de estas condiciones restrictivas, las mujeres acuden al aborto cuando se enfrentan a un embarazo que no desean o no pueden continuar, siendo pocos los países donde se dispone de legislaciones que protegen el derecho de las mujeres a decidir (3).

La difusión y el uso de *misoprostol* para la interrupción del embarazo, en particular cuando se utiliza en contextos legales restrictivos, implicó un cambio sustantivo para las experiencias que viven las mujeres (8-10). Su manejo ha incidido tanto en el descenso de la morbilidad severa, como de la muerte por aborto provocado en condiciones de riesgo en la región (3). Ello se debe también a otros factores relacionados con las estrategias que se implementan en diferentes países del área para disminuir los embarazos no deseados y el aborto inseguro (11).

El escenario cambiante y diverso que se puede observar a nivel regional, interpela el estudio sistemático sobre las realidades que viven las mujeres cuando deciden abortar, desde aquellas que lo realizan en condiciones de inseguridad médica, social, psicológica y jurídica, hasta quienes tienen el derecho protegido de acceder a un aborto en servicios legales. Este artículo sintetiza y analiza el conocimiento disponible sobre las experiencias de aborto inducido, a partir del relato de las propias mujeres producido en América Latina y El Caribe entre 2009 y 2014 y publicado en revistas científicas. Se incluyen artículos que presentan evidencias sobre las rutas críticas que transitan las mujeres para acceder a un aborto; sobre cómo han vivido subjetivamente estas experiencias, acerca de las percepciones de las mujeres sobre los servicios de salud, del tipo de práctica a la que tuvieron acceso, y sobre los efectos psicológicos, sociales y médicos del aborto y su relación con los contextos en los que tuvo lugar, entre otros asuntos críticos. Los resultados obtenidos con esta revisión, permiten sistematizar el conocimiento acumulado y ofrecer insumos para la orientación estratégica de definición de prioridades de la agenda de investigación regional en esta temática.

II. Metodología

Para la revisión de literatura científica disponible en el período 2009-2014, se analizaron bases de datos y bibliotecas virtuales que recogen publicaciones de revistas arbitradas e indexadas. Las bases de

datos utilizadas fueron SciElo, EBSCO*host*, Redalyc, PISCODOC, JSTOR, Medline, BVS y LILACS. Se definieron los siguientes descriptores y palabras clave: mujeres (OR adolescentes) AND aborto (aborto inseguro OR aborto inducido OR aborto voluntario OR aborto médico OR *misoprostol*) AND (experiencias OR trayectorias OR actitudes OR percepciones OR conocimiento OR recursos OR apoyo social OR servicios de salud OR proveedores de salud OR factores sociales OR salud mental). Se definió el período comprendido entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2014. En todos los casos se buscó que estos términos estuvieran referidos en cualquier parte del texto, incluyendo el título. Se realizaron búsquedas para cada uno de los países y para la región en su conjunto.

Se definió incluir publicaciones que específicamente presentan y describen resultados empíricos sobre experiencias de mujeres que vivieron un aborto inducido, diseñados con base en estrategias metodológicas de tipo cualitativo, cuantitativo o mixto. Se incluyeron artículos originales, reseñas de libros y revisiones publicadas en español, portugués e inglés. Se excluyeron libros, capítulos de libros, tesis u otras publicaciones no incluidas en revistas científicas arbitradas e indexadas en las bases referidas.

III. Resultados

En la revisión de literatura científica se identificaron 55 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión definidos. De ellos, 52 resultaron ser artículos originales, dos de revisión sistemática y una reseña de libro.

Las publicaciones identificadas fueron categorizadas en función del año de publicación, lenguaje, país y nombre de los autores/as. La distribución por países muestra que Brasil ocupa el primer lugar, le siguen México y Cuba. Otras naciones como Argentina, Uruguay, Chile, Colombia y Perú completan la lista. No se registraron artículos que refieran al resto de los países de la región. La gran mayoría de ellos están publicados en portugués, inglés y español.

Se clasificó el material en función del tipo de metodología empleada, los instrumentos de recolección de la información utilizados, los tamaños muestrales y los principales tópicos de la investigación. Los artículos responden a diversos abordajes metodológicos: estudios tanto narrativos, como cuantitativos, observacionales, mixtos y de caso. Se utilizan diferentes técnicas para la recolección de la información: entrevista semidirigida, entrevista abierta, encuesta y grupo focal. Los tamaños muestrales y los criterios de inclusión son variados, desde pequeñas muestras teóricas a otras de mediano y gran tamaño con base en muestreos estadísticos. Un número importante de investigaciones se enfocan en el estudio de mujeres adolescentes y jóvenes, utilizando criterios etarios variados con rangos de edad entre los 15 y los 29 años. Pocos estudios incluyen adolescentes de menor edad en sus muestras. En general, las

investigaciones refieren a mujeres residentes en áreas urbanas o suburbanas, no habiéndose identificado estudios sobre mujeres en áreas rurales. Desde el punto de vista temático, los artículos presentan evidencias sobre condiciones, factores y dimensiones implicadas en el proceso de aborto inducido, desde las perspectivas de las propias mujeres que transitaron por la experiencia en distintos contextos legales y sociales.

El análisis de los artículos seleccionados permite agrupar sus resultados en las siguientes categorías: i) características sociales de las mujeres y factores relacionados con el aborto; ii) la decisión de abortar: motivos, recursos y apoyo social; iii) acceso al aborto y tipo de método utilizado; iv) aspectos emocionales asociados a las experiencias de aborto; y v) adolescentes, mujeres jóvenes y aborto.

III.1. Condiciones sociales de las mujeres y factores relacionados con el aborto

Si bien el aborto es una práctica a la que recurren mujeres de distintas condiciones sociales, económicas, culturales y etarias, algunos estudios exploraron los perfiles sociodemográficos de las mujeres que tomaron esta decisión y los factores asociados a ello. Aunque los resultados no son generalizables, ofrecen indicios que importa registrar para futuras investigaciones. Según estos, el estado conyugal de las mujeres y la edad no son factores que determinen una mayor recurrencia al aborto (12). Las mujeres sin hijos lo utilizan en mayor medida que aquellas que son madres (13). Las mujeres que no tienen pareja conviviente o quienes no cuentan con apoyo familiar, tienen más probabilidades de acudir a un aborto si se les compara con quienes disponen de estas condiciones (14-16). La vulnerabilidad asociada a la violencia doméstica y sexual es un factor de riesgo de un embarazo no deseado y un aborto (14,17,18,66). Un estudio realizado en Teresina (Brasil) analizó la prevalencia del aborto inducido en la población de trabajadoras sexuales, concluyendo que este grupo acude más al aborto que la población en general. Ello estaría asociado a un número elevado de hijos y a la pérdida de productividad y de sustento económico que implica el embarazo para el trabajo sexual (19). Otros estudios en Brasil exploraron la relación entre aborto y mujeres viviendo con VIH (20,21). En un caso no se encontraron diferencias significativas al comparar los perfiles y factores asociados al aborto en mujeres con o sin VIH (20). En otro caso, se encontró que para algunas mujeres el diagnóstico de VIH fue el factor determinante para la decisión de abortar, mientras que para otras lo fueron circunstancias no asociadas con el virus, como la relación de pareja, el apoyo familiar y la inserción laboral (21). El conocimiento que aportan las investigaciones no es concluyente, pero sí podemos decir que orienta la necesidad de ampliar y profundizar en el estudio de los perfiles de las mujeres y los factores con mayor incidencia asociados al aborto.

III.2. La decisión de abortar: motivos, recursos y apoyo social

Enfrentarse a un embarazo no esperado es una situación que coloca a las mujeres ante una decisión dilemática. Diversos estudios se han centrado en el análisis del proceso de toma de decisión de abortar, explorando las condiciones, circunstancias, motivos y recursos que las mujeres han tenido para ello.

Los contextos legales restrictivos y las condiciones de ilegalidad y penalización de la práctica del aborto voluntario, son considerados factores determinantes para el análisis de los procesos de aborto. Estos escenarios determinan cómo experimentan las mujeres sus decisiones de abortar o las rutas críticas que deben atravesar para acceder a un procedimiento menos riesgoso.

Un artículo sobre Chile, observa que la ilegalidad del aborto está relacionada con la vulnerabilidad, sentimientos de culpa y soledad, temor a la interposición de una acción judicial, daños físicos y psicológicos y ostracismo social. Más aún, la prohibición absoluta del aborto tiene un efecto disuasivo en los prestadores de servicios de salud y pone en peligro la vida y la salud de las mujeres. Aunque el uso de *misoprostol* ha ayudado significativamente a evitar más daños y mejorar la gestión del aborto por parte de las mujeres, la prohibición de su venta creó un mercado informal y clandestino que ha generado nuevos riesgos para ellas (22). Otro estudio realizado en Uruguay previo a la legalización del aborto, mostró que los contextos restrictivos generan altos índices de temor, incertidumbre y angustia en las mujeres. El contexto legal se transforma en texto que limita, no solo el acceso a un aborto seguro, sino también produce reacciones emocionales dolorosas (23,24). Según las autoras, existe una relación directa entre origen del embarazo, las condiciones (sociales, jurídicas, subjetivas y económicas) para la toma de la decisión, el acceso al procedimiento y los sentimientos post evento (23). Por su parte, en una investigación realizada en Argentina se observó que el contexto de ilegalidad no interfiere en la decisión de abortar, pero sí en el acceso al procedimiento. Según los autores, la ilegalidad no pesa en la decisión, sino que genera dificultades en la implementación del aborto, las cuales son sorteadas con mayor o menor dificultad, dependiendo de los recursos sociales y económicos de que dispongan las mujeres (25). En el mismo país, otros resultados señalan que la ilegalidad junto con las condiciones de vulnerabilidad económica, son elementos centrales que determinan la búsqueda de métodos abortivos, proceso signado por la angustia y el temor (26). Una revisión sobre aborto médico en la región observa que los atributos negativos y positivos de este método, percibidos por las mujeres en contextos legales restrictivos, son similares a los identificados por aquellas que lo utilizaron en contextos de aborto legal, siendo la principal diferencia la confianza y la tranquilidad que la legalidad brinda a las mujeres (10).

Los estudios reportan evidencias acerca de las razones y los motivos asociados a la decisión de abortar, referidos por las mujeres. En general, se alude a motivos relacionados con la falta de condiciones

económicas para asumir la crianza de un (nuevo) hijo/a y el deseo de continuar con sus proyectos de vida (17,28,29). Algunos analizan el papel de la situación de pareja en la toma de la decisión de abortar. El tipo y la calidad de relación amorosa está presente en las narrativas de las mujeres. Algunos estudios aportan evidencia sobre la asociación entre violencia conyugal y aborto, y sus efectos en las experiencias y la salud mental de las mujeres (14,66). Otros reportan las percepciones positivas de las mujeres cuyas parejas se involucraron activamente, acompañándolas durante todo el proceso (15,24). Las narrativas de las mujeres también reflejan la limitada participación de los varones (padres, parejas y otros), la cual está acotada, muchas veces, a brindar apoyo económico para acceder al procedimiento (23,30). Ello subyacería en la base de los sentimientos de soledad que experimentaron las mujeres que no tuvieron acompañamiento de sus parejas (31). Los resultados disponibles ofrecen indicios sobre el papel de las parejas, las cuales pueden incentivar o desincentivar la decisión de la mujer, pueden ser sostén afectivo o actuar desde la censura y el maltrato durante todo el proceso, asuntos que merecerían ser tratados con mayor profundidad y amplitud (32).

Los recursos de apoyo social y el mundo de relaciones afectivas, juegan un papel relevante en el proceso de aborto. Se reconocen como factores protectores durante todo el proceso, el apoyo familiar y social con los que cuente la mujer. En general, las mujeres hacen referencia al papel de la familia, las/os amigas/os, las/os profesionales de la salud y el de otras mujeres que vivieron la experiencia (10,23,31,33,34). Algunos estudios reportan el rol de las madres y el que juegan las familias en la situación de las adolescentes (23,27,35). La penalización del aborto, la censura social y el silenciamiento, son factores que afectan negativamente el proceso, independientemente de si la mujer cuenta con apoyo directo de familiares, pareja o amigos (23,28). Según un estudio en Uruguay, aquellas que experimentaron un aborto médico, el cual generalmente tuvo lugar en el ámbito del hogar, manifestaron que el “secreto” frente a la familia se diluyó (24).

El peso del estigma social del aborto fue explorado específicamente en un estudio realizado en México. Los resultados obtenidos sugieren que el estigma sobre el aborto está relacionado con el valor social de la maternidad como destino para las mujeres. Ellas y sus parejas experimentaron presión desde sus familias para continuar con el embarazo, hasta una fuerte condena de sus comunidades. Se señala que el estigma creó una barrera para que las mujeres pudieran recibir apoyo emocional de amigos y familiares. El estudio también reporta que las actitudes hacia el aborto varían en función de los contextos legales y que se vuelven más favorables cuando se reconoce el derecho de las mujeres al aborto, como en el caso de la Ciudad de México, a diferencia de los resultados obtenidos en otros estados (36).

El conocimiento disponible permite afirmar el peso diferencial que tienen los recursos sociales y familiares de las mujeres en el proceso de aborto. Estos pueden ser factores protectores o, por el

contrario, afectar negativamente la experiencia. Las evidencias ilustran cómo operan estos recursos, favoreciendo el acceso a la información sobre el aborto, acompañando en las rutas de acceso al método, brindando apoyo emocional o económico. Por otro lado, pueden reforzar el silenciamiento, la censura moral y el aislamiento, factores que reflejan el peso del estigma social del aborto y que colocan a las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad y fragilidad.

III.3. Acceso al aborto y tipo de método utilizado

El acceso a una práctica segura de aborto en contextos legales restrictivos es un asunto crítico. La difusión del aborto médico ha contribuido a disminuir sus riesgos, aunque en estos contextos las mujeres están, muchas veces, expuestas a vulnerabilidades de distinto tipo para poder acceder al método. Los itinerarios que realizan dependen de las condiciones económicas, la edad, el tipo de método utilizado y las rutas de acceso, así como de la disponibilidad de recursos, del apoyo familiar y social. Todos ellos son factores que favorecen u obstaculizan el acceso a un aborto seguro (33,37-40).

Los contextos sociales influyen de manera significativa en los itinerarios de acceso al aborto. Las mujeres con bajo nivel económico mantienen por más tiempo el secreto sobre su embarazo, lo cual retrasa la decisión y las conduce, en mayor medida, a métodos inseguros de aborto (39).

En el caso del aborto médico, las experiencias de las mujeres son diversas y varían según el contexto, la edad, la historia reproductiva, el nivel socioeconómico y el conocimiento acerca método, así como las circunstancias físicas, emocionales y sociales que rodearon el embarazo (10). Estudios realizados en Brasil sobre las rutas de acceso al *misoprostol*, concluyen en la necesidad de estudiar los nuevos escenarios que se han configurado en las ciudades para el acceso al medicamento en el mercado formal e informal, en un contexto de ilegalidad de la práctica y que, la mayoría de las veces, enfrenta a las mujeres a riesgos de distinto tipo (37,38).

La valoración positiva de la experiencia está directamente relacionada con las condiciones en las que tuvo lugar la práctica, en particular cuando el aborto clandestino fue realizado bajo supervisión médica, o cuando se tuvo información precisa acerca del método. Otros factores incluyen el apoyo emocional y la disponibilidad de recursos económicos. Las mujeres valoran la seguridad y efectividad del aborto con medicamentos y lo perciben como un procedimiento menos doloroso, más fácil, más seguro, más práctico, menos costoso y menos traumático que otros métodos abortivos. El hecho que sea autoinducido y que se evite el procedimiento quirúrgico, es valorado positivamente por las mujeres. Las principales desventajas están asociadas al dolor, la demora para completar el procedimiento, el sangrado prolongado, la posibilidad de que no sea efectivo y el tener que acudir a una institución para completar el aborto donde temen ser sancionadas o denunciadas a la policía (10).

En una investigación realizada en Uruguay se observaron vivencias diferentes sobre el cuerpo en los relatos de las mujeres en función del método utilizado. Para aquellas que acudieron al aborto médico, el cuerpo estuvo omnipresente durante todo el proceso, a diferencia de lo que sucedió con aquellas que experimentaron un aborto quirúrgico. Según las autoras, en estas últimas se observó desconocimiento del procedimiento y una entrega de la propia vivencia a otro, encargado de realizarlo. Algunas mujeres refirieron experiencias negativas con el uso de *misoprostol* asociado al dolor físico, el sufrimiento emocional y el prolongado tiempo de espera para completar el procedimiento, lo cual les generó ansiedad y temor (24).

El lugar del cuerpo en el aborto es analizado en profundidad por un estudio realizado en México (41). Según la autora, el aborto busca restaurar el control de la mujer sobre su cuerpo y su vida porque se trata de una decisión que intenta corregir el “error” o el “accidente” del embarazo. En este proceso, el aborto con medicamentos funciona como un mediador entre el sujeto y su cuerpo, el cual tiene características diferentes, al tratarse de un contexto de legalidad de la práctica. La mediación del Estado como garante de la intervención permitiría que las mujeres se sintieran seguras de la calidad del procedimiento y del apoyo técnico que recibieran (41).

Por su parte, otras investigaciones se han enfocado en analizar las barreras para el acceso a los servicios legales en la Ciudad de México. Entre las principales se mencionan el bajo nivel educativo, la condición de ser madres solteras y la residencia fuera de la Ciudad (42). La demanda de servicios de aborto legal parecería estar asociado con la ocupación, el número de interrupciones de embarazos previos y la escolaridad (65).

III.4. Aspectos emocionales asociados a las experiencias de aborto

Un número importante de estudios han explorado en los aspectos psicológicos relacionados con el aborto, a través de distintos enfoques teórico-metodológicos y estrategias de investigación.

Un estudio realizado en Uruguay sobre los aspectos psicológicos del aborto en el contexto de ilegalidad y penalización, evidenció que la realización de un aborto no es causa suficiente para la posterior aparición de efectos psicológicos traumáticos o problemas en la salud mental de las mujeres. No se encontraron evidencias que indiquen que el aborto per se produzca efectos traumáticos, incapacitantes y duraderos en el tiempo. La mayoría de las mujeres que habían abortado varios años atrás, expresaron haber continuado adelante con sus proyectos de vida y consideraron que el hecho no afectó su vida sexual, reproductiva y afectiva (23).

En varios estudios se afirma que la ilegalidad y la penalización generan altos montos de temor, incertidumbre y angustia (23,25,26,45). En esta dirección, se señala que existe una relación directa entre el origen del embarazo, las condiciones para la toma de la decisión, el acceso a un aborto seguro y los sentimientos post evento (23). Se reportan factores de riesgo asociados a la depresión por aborto, relacionados con condiciones económicas y afectivas precarias, consumo de sustancias psicoactivas, prostitución, falta de apoyo social y afectivo, así como con violencia (46). Entre los factores protectores se identifican las condiciones socioeconómicas favorables, el apoyo de la pareja, el desarrollo profesional y el tipo de empleo (46). Estudios realizados en Brasil han analizado la presencia de síntomas depresivos en mujeres con aborto provocado y espontáneo, de distintas zonas del país (47,66). Los resultados señalan que la vivencia psicológica de la mujer frente al aborto no es uniforme y depende de las características personales, de los eventos relacionados con el embarazo y de las circunstancias en las que tuvo lugar el aborto, si bien se verificó una alta proporción de mujeres con síntomas de depresión mayor (66). El duelo por el hijo real o imaginario y el peso de la desviación del mandato social de la maternidad, son elementos que permiten comprender los estados depresivos que se observan en las mujeres, los cuales derivan en sentimientos de culpa y la consecuente creencia en un castigo futuro (47). El tiempo transcurrido entre el aborto y la investigación muestra diferencias en los relatos de las mujeres: quienes interrumpieron su embarazo menos de un año antes de la entrevista, mostraron mayor ambivalencia, angustia o culpa. Fue en estos casos, donde se identificaron elementos depresivos: rabia, cambios de humor, angustia, sueños recurrentes sobre la experiencia y autorreproches. Estos signos aislados no son suficientes para hablar de depresión, tomando en cuenta la escasa distancia temporal con el episodio (23).

La sensación de alivio después del aborto es reportada por la mayoría de los estudios. El alivio está asociado a la resolución de un problema que no se podía sostener, y en los contextos de aborto ilegal, a haber sobrevivido a la situación (48). El temor a morir es el sentimiento predominante previo al aborto en contextos de inseguridad de la práctica (45).

Los sentimientos asociados al aborto están relacionados con los significados que las mujeres tienen sobre la maternidad, la feminidad y el aborto las cuales forman parte de las representaciones sociales que se producen (66). En aquellas mujeres que significaban el aborto como asesinato, la culpa y el arrepentimiento fueron los sentimientos posteriores más intensos (23) Ello se observó en las mujeres con creencias religiosas y en aquellas con nivel educativo y económico bajo (23,45). Se constató que el arrepentimiento ante la decisión tomada fue acompañado de autorreproche y autocastigo (23,45,47). El silenciamiento del aborto está asociado con la culpa, la impotencia, la soledad y el arrepentimiento (17,29,31). También se reportaron sentimientos asociados a la pena, tristeza y dolor psíquico (23,26,45,48).

El apoyo social y familiar son factores asociados a los efectos emocionales postaborto. En aquellas mujeres que tuvieron soporte afectivo y social para tomar la decisión, el sentimiento predominante posterior fue el de alivio (23,26). Por su parte, la falta de información y de apoyo emocional es generadora de malestar, dolor y angustia (45,49).

Pocos estudios exploran la relación entre calidad de atención y los aspectos emocionales del aborto. En contextos de ilegalidad, las mujeres que deben acudir a los servicios de salud temen ser maltratadas y estigmatizadas, lo cual favorece sentimientos de vergüenza, ansiedad, culpa y miedo (49). Incluso aquellas que vivieron abortos espontáneos están expuestas a la discriminación por quedar bajo sospecha de haber abortado voluntariamente, tal como lo reporta un estudio en Brasil (64). En otros casos, se reporta que el apoyo emocional que reciben las mujeres es, por lo menos, insuficiente (50). En los servicios de aborto legal en Ciudad de México se resalta el tratamiento acotado que se realiza de los aspectos psicosociales relacionados con los sentimientos de las mujeres frente al embarazo no deseado, a la decisión de interrumpirlo y el dilema moral que implica para ellas (51). A pesar de ello, las mujeres señalan valoraciones positivas sobre la calidad de atención que reciben, asociada al buen trato, el respeto por la privacidad y por el tratamiento proporcionado tanto por personal técnico como no técnico de los servicios (63).

En suma, los estudios no son coincidentes respecto a la presencia de efectos traumáticos luego del aborto, aunque sí rechazan que se pueda hablar de un síndrome traumático postaborto. La existencia de factores psicológicos predisponentes, la relación entre la depresión y el contexto legal donde tiene lugar la práctica, la exposición a la sanción social y el estigma, la ausencia o la debilidad de apoyo social y familiar, la presión ejercida por personas significativas para la mujer, el lugar de la pareja en la toma de decisión, son algunos de los elementos reseñados en los estudios, los cuales ameritan el desarrollo de nuevas investigaciones.

III.5. Adolescentes, mujeres jóvenes y aborto

Varios estudios se centran en analizar las experiencias de las adolescentes y jóvenes frente al aborto. De ellos, la mayoría provienen de Cuba y Brasil. La alta prevalencia del aborto inducido en adolescentes en Cuba es señalada con preocupación en la literatura relevada (52). Entre los factores relacionados con el aborto se destacan el inicio sexual temprano, la actividad sexual sin protección y el no uso regular de métodos anticonceptivos. Los motivos asociados a la decisión de abortar son: edad, falta de condiciones para asumir la maternidad, temor a que el embarazo interfiera en su desarrollo personal, deseo de continuar con sus estudios, no tener pareja estable y razones de índole económica (53-57). En general, los estudios cubanos reportan que la familia acompaña la decisión de abortar de la adolescente (52,57).

En varias investigaciones se señala que las adolescentes viven el proceso con ansiedad, tristeza, dudas, miedo, negación y desamparo, intensificados por la falta de información y de recursos, de apoyo y orientación tanto por parte de sus familias, como de los profesionales de la salud (58,59). Se observó también temor a morir, pesar y arrepentimiento, sentimientos asociados a creencias religiosas sobre el valor moral del feto y de la maternidad, así como sentimientos de alivio, tranquilidad y certeza por la decisión tomada (45,48).

Un estudio realizado en Argentina, que incluyó mujeres jóvenes entre 18 y 27 años de sectores populares y medios de Buenos Aires, señala que, en general, las mujeres habían considerado previamente la posibilidad de abortar en caso de embarazarse. Sin embargo, se observaron diferencias en uno y otro grupo. En las jóvenes de sectores populares, la constatación del embarazo las colocó en un callejón sin salida, se sintieron “acorraladas” y por ello tomaron la decisión de abortar. Los motivos asociados fueron: la situación de pareja, los padres, los propios hijos, la situación económica. Esta decisión fue vivida como un acto bajo presión por las circunstancias. Por su parte, las jóvenes de sectores medios manifestaron que la decisión estuvo asociada a la situación de pareja, la edad y la opción por el desarrollo profesional. En ellas, el sentimiento predominante asociado al aborto fue el de alivio, y no se registraron recuerdos traumáticos (25).

Un estudio brasilero exploró el papel del embarazo producto de situaciones de coerción sexual como motivo de aborto y su relación con las condiciones de vulnerabilidad y desigualdad de género de las adolescentes (18). No se registraron otras investigaciones que describieran la relación entre violencia y aborto, así como tampoco sobre el lugar de las parejas en el discurso de las adolescentes. Un estudio similar realizado en Río de Janeiro con jóvenes de entre 18 y 27 años de distintos sectores sociales, exploró el papel de las condiciones socioeconómicas en las experiencias de aborto en las jóvenes, encontrando que aquellas más vulnerables se exponen a riesgos mayores, que las que pertenecen a sectores medios. Según los autores, la diferencia de clase también repercute en la edad gestacional en la cual tiene lugar el aborto. Las mujeres de sectores más vulnerables reportan acceso a abortos en el segundo trimestre, ya sea por dificultades para obtener recursos económicos para el procedimiento, por los problemas y ambivalencias en la decisión, o por los obstáculos asociados a la negociación con la pareja o la familia. En estas situaciones, la ilegalidad de la práctica vuelve más dramática la situación de estas mujeres (39).

Una investigación fenomenológica con base en una muestra pequeña, exploró la experiencia de las adolescentes que abortaron bajo presión de sus madres. Se señala que las adolescentes suelen ocultar el embarazo a sus familias y una vez que es descubierto, la decisión de abortar es tomada por las madres, sin considerar el deseo de las propias adolescentes. Este estudio amplía las bases de la investigación

sobre cómo incide la relación madre-hija adolescente en el proceso de toma de decisión de abortar (35). El temor a la reacción de los padres frente al embarazo, al rechazo familiar y la presión ejercida por esta cuando la adolescente tiene dudas respecto a su decisión es también reportado en otras investigaciones (18,27,60,61).

Respecto a la elección del método de aborto, la información disponible es escasa y proviene solo de Brasil, donde se señala que las adolescentes optan, en general, por el aborto médico. El acceso a la medicación tiene lugar en el mercado informal, en su mayoría solas o acompañadas por una amiga. La información del método es obtenida en la farmacia donde también se les brinda orientación sobre su uso (40).

Finalmente, estudios realizados en México analizan las barreras para el proceso de la toma de decisión de abortar en adolescentes y el acceso a los servicios de aborto legal. Se observa un trato diferencial por parte de los profesionales cuando las adolescentes están acompañadas por un adulto en la consulta. Los autores señalan que es necesario clarificar los requisitos de consentimiento y acompañamiento que necesitan las adolescentes, garantizando la confidencialidad y el acceso a información y apoyo sin la presencia de un adulto, a modo de proteger la autonomía de las adolescentes en el proceso de decisión sobre el aborto (27,62).

IV. Discusión

La investigación publicada sobre las experiencias de las mujeres ante el aborto se concentra en diferentes dimensiones del objeto de estudio. Se destaca el conocimiento sobre aspectos emocionales relacionados con el aborto, las experiencias específicas que viven las adolescentes y las jóvenes, el impacto en la vida de las mujeres, la clandestinidad e ilegalidad de la práctica que caracteriza a la gran mayoría de los países de la región, el uso del aborto con medicamentos en escenarios legales restrictivos y la relación de las mujeres con los servicios de salud en diferentes contextos. Diversos estudios se han centrado en el análisis del proceso de toma de decisión que transitan las mujeres, explorando las condiciones, circunstancias, motivos, recursos sociales y subjetivos que disponen para ello.

Los resultados obtenidos son concluyentes respecto a los efectos negativos de los contextos legales restrictivos para la vida y la salud de las mujeres: el temor a la sanción penal y moral, el estigma social, el riesgo de vida o de integridad física, los efectos en la salud mental, el efecto disuasivo en los profesionales de la salud, son los factores relevados con mayor peso. Aunque el uso de *misoprostol* ha cambiado de manera significativa las prácticas de aborto en la región, al realizarse mayormente en escenarios legales donde el aborto está penalizado, las mujeres se enfrentan a situaciones de inseguridad dado que el acceso al medicamento se produce generalmente en el mercado informal. Asimismo, aún

es escasa la literatura disponible sobre los procesos de aborto en contextos legales que protegen y reconocen este derecho en las mujeres, con excepción de algunos estudios realizados en México. Esta situación debería modificarse en los próximos años, ya que es necesario generar conocimiento sobre las experiencias de las mujeres en contextos donde el aborto está legalizado.

Se observa un creciente interés por incorporar el estudio de los aspectos psicológicos asociados a las experiencias de las mujeres en situación de aborto. Las revisiones disponibles realizadas a nivel internacional ofrecen sólidas reflexiones sobre la vinculación entre aborto y salud mental (43,44). Se trata de un campo de conocimiento en pleno desarrollo y debate, lo cual se refleja en la producción relevada a nivel regional. Los estudios no son coincidentes respecto de la presencia de efectos emocionales duraderos luego del aborto, aunque sí rechazan que se pueda hablar de un síndrome traumático postaborto. Resta aún un importante recorrido para disponer de conocimiento más sólido sobre los eventuales efectos a mediano y largo plazo en la salud mental de las mujeres, de las experiencias de embarazo no deseado y aborto en distintos contextos sociales y legales.

Se detectan vacíos e insuficiencia de información sobre aspectos clave, como el aborto en adolescentes menores de 15 años, las experiencias de las mujeres que recurren al aborto en el segundo trimestre de la gestación, la influencia de las familias (en especial de las madres), en la decisión de abortar de las adolescentes, las mujeres que habiendo decidido abortar no logran acceder al procedimiento, la relación entre violencia de género y aborto en mujeres de distintas edades y condiciones, así como los efectos de la intervención profesional en la salud mental de las mujeres, entre otros temas.

V. Conclusión

La revisión de la literatura permite señalar que el desarrollo de la investigación sobre las experiencias de las mujeres y el aborto en la región está distribuido de manera poco balanceada entre los países. No se registran publicaciones respecto de la realidad de las mujeres de muchas de las naciones de la región. El conocimiento producido se concentra en algunos pocos, y en general refieren a poblaciones urbanas de las grandes capitales. De este modo, se sabe poco sobre mujeres residentes en contextos suburbanos o rurales o en comunidades indígenas.

Esto podría estar relacionado con la robustez de los sistemas de investigación en cada país, es decir, con la formación de recursos humanos, las prioridades y los financiamientos para la investigación. Las condiciones locales para la producción de conocimiento tienen efectos directos en el campo de investigación sobre el aborto. Otros factores pueden estar asociados con el grado de reconocimiento político, social y científico que tienen la salud y los derechos sexuales y reproductivos en cada país.

Desde diversos enfoques teórico-metodológicos y estrategias de investigación, todos los artículos abordan asuntos relevantes para el conocimiento de las experiencias de las mujeres, si bien no es posible realizar generalizaciones ni comparaciones a partir de los resultados que ofrecen. Es necesario profundizar la discusión sobre los diseños de los estudios, sus limitaciones y los instrumentos que se requieren para eliminar o minimizar los posibles sesgos. A su vez, sería necesario que junto con la investigación de tipo descriptiva y exploratoria, se pudieran desarrollar estudios de carácter explicativo e interpretativo-hermenéutico que hagan más compleja y alimenten la construcción de (nuevas) teorías.

El desarrollo de una agenda de investigación que se proponga ampliar el campo a estos y otros asuntos, que discuta los abordajes metodológicos y sus limitaciones y que instrumente estudios comparados y aplicados, es un gran desafío para generar mejores evidencias que contribuyan con el acceso al aborto seguro y legal para las mujeres de la región.

VI. Referencias

1. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6a ed. Ginebra: WHO; 2011.
2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Ginebra: OMS; 2012.
3. Guttmacher Institute [homepage on the Internet]. Nueva York: Guttmacher Institute; 2012. [Actualizado, 2012 enero]. Facts on Induced Abortion Worldwide. Worldwide Incidence and Trends; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html.
4. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division [Internet]. Ginebra: WHO; 2014. Disponible en WHO: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>.
5. Susheela S, Darroch JE, Ashford LS, Vlassoff M, *et al.* Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health. Nueva York: Guttmacher Institute, United Nations Population Fund; 2009.
6. Shah I y Elisabeth A. Unsafe abortion in 2008: global and regional levels and trends. *Reprod Health Matters*. 2010 noviembre 1;18(36):90-101.
7. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK y Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*. 2012 febrero 18;379(9816):625-32.
8. CLACAI e Ipas. Misoprostol y aborto con medicamentos en Latinoamérica y el Caribe. Lima: Ipas; 2010.
9. Pollack, AE, y Pine RN. Opening a Door to Safe Abortion: International Perspective on Medical Abortion Use. *J Am Med Womens Assoc*. 2000;55(3):186-88.
10. Zamberlin N, Romero M, y Ramos S. Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2012;9(34):1-Disponible en: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/445/Reproductive%20Health2012%289%2934.pdf?sequence=1>.
11. Romero M y Ramos S. El aborto seguro en América Latina: un derecho regalado. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Nueva York: Family Care International. 2009 septiembre;12-14. Disponible en: http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/LAC%20Lancet%20articulos%20adicionales_web.pdf.

12. de Souza e Silva R y Andreoni S. Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 julio;17(7):1725-733. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700011&lng=en.
13. de Souza e Silva R, Drezett J, de Oliveira Carneiro M, Andreoni S. Prevalence and Characteristics of Women with a History of Abortion among Women who became Pregnant. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* [Internet]. 2012 abril;22(1):27-33. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=53&sid=e67c8b6d-1c1f-4a54-b556-3fa89440a0ab%40sessionmgr114&hid=125>.
14. Diniz NMF, Gesteira SMA, Mendoza Lopes RL, Santos Mota R, Gómez Pérez BA, Pereira Gomes N. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 diciembre;64(6):1010-1015. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600004&lng=en.
15. Nonnenmacher D, Guerra Benute GR, Nomura RM, Dantas de Azevedo G, Dutra EMS, Souza Rebouças MS, *et al.* Abortion: a review of women's perception in relation to their partner's reactions in two Brazilians cities. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2014;60(4):327-334. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v60n4/0104-4230-ramb-60-04-0327.pdf>.
16. Tarqui-Mamani C, Barreda A, Barreda M, Sanabria-Rojas H. Prevalencia del intento de interrumpir el embarazo y factores asociados en una comunidad urbano marginal de Lima-Perú, 2006. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2010;27(1):38-44. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000100007&script=sci_arttext.
17. Mendes Gigliotti Borsari C, Yamamoto Nomura RM, Guerra Benute GR, Souza de Lucia MC, Vieira Francisco RP, Zugabi M. Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2013;35(1). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n1/06.pdf>.
18. Bulegon Pilecco F, Riva Knauth D, Vigo A. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2011 marzo;27(3):427-439. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300004&lng=en.
19. Pereira Madeiro A y Cronemberger Rufino A. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina – Piauí. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 julio;17(7):1735-1743. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700012&lng=en&nrm=iso.

20. Barbosa RM, de Araújo Pinho A, Santos NS, Filipe E, Villela W, Tirza A. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/aids no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2009 julio-agosto;14(4):1085-1099. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400015&lng=en.
21. Villela WV, Barbosa RM, Portella AP, de Oliveira LA. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 julio;17(7):1709-1719. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700009&lng=en.
22. Casas L y Vivaldi L. Abortion in Chile: the practice under a restrictive regime. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2014 noviembre;22(44):70-81. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0968808014448110>.
23. López Gómez A y Carril Berro E. Efectos del aborto clandestino en la subjetividad de las mujeres. Resultados de una investigación cualitativa en Uruguay. Rodríguez Pacios, A. Coord. Nuevas reflexiones sobre la salud desde la perspectiva de género. *Revista del Seminario Interdisciplinar de Estudios de las Mujeres España: Universidad de León* [Internet]; 2010. p. 127-164. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3345910>.
24. Rostagnol S, Viera M, Grabino V, Mesa S. Transformaciones y continuidades de los sentidos del aborto voluntario en Uruguay: del AMEU al misoprostol. *Bagoas* [Internet]. 2013;7(9):17-42. Disponible en: http://www.radiouruguay.com.uy/innovaportal/file/48018/1/transformaciones_y_continuidades_de_los_sentidos_del_aborto_voluntario_en_uruguay.pdf.
25. Petracci M, Pecheny M, Mattioli M, Capriati A. El aborto en las trayectorias de mujeres y varones en la ciudad de Buenos Aires. *Sex Salud Soc* [Internet]. 2012;(61):164-197. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sex/n12/08.pdf>.
26. Ledesma Prietto N. La intemperie y lo intempestivo. Experiencia del aborto voluntario en el relato mujeres y varones. De Chaneton J. y Vacarezza N. *Mora* (Buenos Aires) [Internet]; 2012. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-001X2012000200011&lang=pt.
27. Tatum C, Rueda M, Brain J, Clyde J, Carino G. Decision making regarding unwanted pregnancy among adolescents in Mexico City: a qualitative study. *Stud Fam Plann* [Internet]. 2012 marzo;43(1):43-56. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23185871>.
28. Araújo dos Santos DL y Santana de Brito R. Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. *Physis* [Internet]. 2014;24(4):1293-1313. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01293.pdf>.

29. Souza Rebouças MS, y Dutra EMS. O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher: reflexões fenomenológico-existenciais. *Nat. hum.* [Internet]. 2012;14(2):192-219. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302012000200010&lng=pt&nrm=iso.
30. López Gómez A y Carril Barro E. Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud. *Psicol Conoc y Soc* [Internet]. 2010;02(2):1-32. Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/40/11>.
31. Martins Bertolani GB y Menicucci de Oliveira E. Mulheres em Situação de Abortamento: estudo de caso. *Saúde soc.* [Internet]. 2010;19(2):286-301. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29647/31517>.
32. López Hernández G. Recuperando las vivencias de dos mujeres y sus parejas que ejercieron su derecho a decidir en la Ciudad de México. *Punto Género* [Internet]. 2012;2:163-182. Disponible en: <http://www.revistapuntogenero.uchile.cl/index.php/RPG/article/download/28369/30074>.
33. Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 julio;17(7):1671-1681. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700002&lng=en.
34. Ortiz Marín LM, González Ríos JD, Lince Facio Díaz EV. Significación de la experiencia de aborto decidido en algunas mujeres de la ciudad de Medellín. *Revista Psicoespacios* [Internet]. 2014;8(12):304-343. Disponible en: <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>.
35. Domingos SRdF, Barbosa Merighi MA, Pinto de Jesus MC, Moura de Oliveira D. Experiencia de mujeres con el aborto provocado en la adolescencia por imposición de la madre. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2013 julio-agosto;21(4):[08 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0899.pdf.
36. Sorhaindo AM, Juárez-Ramírez C, Díaz Olavarrieta C, Aldaz E, Mejía Piñeros MC, Garcia S. Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico. *Women & Health* [Internet]. 2014;54(7):622-640. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03630242.2014.919983#preview>.
37. Arilha MM. Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012;17(7):1785-1794. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n7/17.pdf>.

38. Diniz D, Madeiro A. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012;17(7):1795-1804. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/18.pdf>.
39. Heilborn ML, Cabral CdaS, Brandão ER, Faro L, Cordeiro F, Azize RL. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. *Cienc saud colet* [Internet]. 2012 julio;17(7):1699-1708. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700008&lng=en.
40. Nunes MD, Madeiro A, Diniz D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2013;18(8):2311-23188. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/15.pdf>.
41. Amuchástegui A. Body and embodiment in the experience of abortion for Mexican women: the sexual body, the fertile body, and the body of abortion. *Gender, Sexuality & Feminism* [Internet]. 2013 mayo;1(1):1-17. Disponible en: <http://quod.lib.umich.edu/cgi/p/pod/dod-idx/body-and-embodiment-in-the-experience-of-abortion-for.pdf?c=gsf;idno=12220332.0001.101>.
42. Becker D, Diaz-Olavarrieta C, Juarez C, Garcia SG, Sanhueza Smith P, Harper CC. Sociodemographic factors associated with obstacles to abortion care: findings from a survey of abortion patients in Mexico City. *Women's Health Issues* [Internet]. Jacobs Institute of Women's Health: 2011;21(Supl 3):S16-S20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.009>.
43. Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF y West C. Abortion and mental health: evaluating the evidence. *American Psychologist*. 2009;64(9): p. 863.
44. American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: Autor. 2008. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>.
45. do Nascimento Pereira V, Aelo de Oliveira F, Pereira Gomes N, Menezes Couto T, do Nascimento Paixão GP. Abortamento Induzido: vivência de mulheres baianas. *Saúde soc.* [Internet]. 2012;21(4):1056-1062. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a22.pdf>.
46. Mariutti MG, Furegato ARG. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 marzo-abril;63(2):183-189. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200003>.
47. Guerra Benute GR, Yamamoto Nomura RM, Pereira PP, Souza de Lucia MC, Zugai M. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(3):322-327. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a27.pdf>.

48. Carvalho Mendes S, Oroski Paes G. As experiências de mulheres jovens no processo do aborto clandestino – uma abordagem sociológica. *Saúde soc.* [Internet]. 2014;23(2):548-557. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0548.pdf>.
49. Carneiro MF, Berinstein Iriart JA, de Souza Menezes GM. “Largada sozinha, mas tudobem”: Paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2013 abril-junio;17(45):405-418. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v17n45/aop0713.pdf>.
50. Chavarría Chavarría, KE. Rol del personal de enfermería en la atención de adolescentes de 15-19 años sometidas a aborto inducido que acuden a la consulta externa en el centro de atención diferenciada al adolescente del área gineco-obstetricia en el Hospital Básico Dr. Vicente Pino Moran del Cantón Daule, Área No. 16 [Internet]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2014. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec:8080/bitstream/123456789/3010/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-85.pdf>.
51. Olavarrieta CD, García SG, Arangure A, Cravioto V, Villalobos A, Abisamra R, *et al.* Women’s experiences of and perspectives on abortion at public facilities in Mexico City three years following decriminalization. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]: 2012;118(Supl 1):S15–S20. Disponible en: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(12\)00239-1/pdf](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(12)00239-1/pdf).
52. Álvarez Vázquez L, Salomón Avich N. El aborto en adolescentes en un contexto legal. *Rev Cuba Salud Publica.* [Internet]. 2012;38(1):45-53. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n1/spu05112.pdf>.
53. Enríquez Domínguez B, Bermúdez Sánchez R, Puentes Rizo EM, Jiménez Chacón MC. Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2010;36(2):145-159. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n2/gin13210.pdf>.
54. Fernández Borbón H, Gerez Mena S, Ramírez Pérez N, Pineda Bouzón A. Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2014;40(2):197-205. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v40n2/gin07214.pdf>.
55. Urgellés Carrera SA, Reyes Guerrero E, Figueroa Mendoza M, Batán Bermúdez Y. Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2012;38(4):549-557. Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/pdf/gin/v38n4/gin12412.pdf>.

56. Fonseca León A Llanos Palmira LE, Hernández Flores D. Interrupciones de embarazo en adolescentes. Problemática social y humanística. Rev Hum Med [Internet]. 2009 mayo-agosto; 9(2):[14 pantallas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202009000200010&lng=es.
57. Doblado Donis NI, de la Rosa Batista I, Junco Manrique A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010;36(3):409-421. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_36_03_10/gin11310.pdf.
58. Guimarães Ximenes Neto FR, Alves de França I, Carvalho da Silva RC, do Amaral Gubert F, Napoleão Albuquerque IM. Percepção feminina diante da gravidez interrompida: análise da experiência vivenciada por mulheres com diagnóstico de abortamento. Cienc. enferm. [Internet]. 2011;17(1):95-103. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_10.pdf.
59. Vieira LM, Lederer Goldberg TB, de Oliveira Saes S, Bini Dória AA. Abortamento na adolescência: da vida à experiência do colovazio – um estudo qualitativo. Cien Saude Colet [Internet]. 2010;15:3149-3156. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a19v15s2.pdf>.
60. Suruagy Correia D, Calado Cavalcante J, Tabosa do Egito ES, Chaves Maia EM. Practice of abortion among teenagers: a study in ten schools of Maceió (AL, Brazil). Cienc Saude Colet [Internet]. 2011 mayo;16(5):2469-2476. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500016>.
61. Correa Rodrigues de Faria E, Ribeiro da Fonseca Domingos S, Barbosa Merighi MA, Gomes Ferreira LM. Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2012 septiembre;33(3):20-26. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300003&lng=en.
62. Clyde J, Brain J, Castagnaro K, Rueda M, Tatum C, Watson K. Evolving capacity and decision-making in practice: adolescents' access to legal abortion services in Mexico City. Reprod Health Matters [Internet]. 2013 junio;21(41):167-175. Disponible en: [http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080\(13\)41708-1/pdf](http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080(13)41708-1/pdf).
63. Becker D, Díaz-Olavarrieta C, Juárez C, García SG, Sanhueza P, Harper CC. Clients' Perceptions of the Quality of Care in Mexico City's Public-Sector Legal Abortion Program. Int Perspect Sex Reprod Health [Internet]. 2011;37(4):191-201. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3719111.html>.

64. Aquino EML, Menezes G, Velho Barreto-de-Araújo T, Teresa Alves MT, Valongueiro Alves S, Chagas de Almeida MC, *et al.* Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 julio;17(7):1765-1776. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700015>.
65. Figueroa-Lara A, Aracena-Genao B, Reyes-Morales H, Lamadrid-Figueroa H. Factores asociados con la búsqueda del servicio de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México, 2010. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2012 julio-agosto;54(4):401-409. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000400010&lng=pt.
66. Yamamoto Nomura RM, Guerra Benute GR, Dantas de Azevedo G, Dutra EMS, Medes Gigliotti Borsari C, Souza Rebouças MS, *et al.* Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2011;57(6):644-650. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0104423011704055/1-s2.0-S0104423011704055-main.pdf?_tid=e08a2156-d872-11e4-8e02-00000aacb362&acdnat=1427895043_ad6141171cea25e2d27624d42f58f149.
67. Fachel Leal O. “Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!”: revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 julio;17(7):1689-1697. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700007>.

2. VARONES Y ABORTO

Acompañarlas en lo que ellas decidan: aborto y participación de los hombres

Mario Pecheny*

Resumen

El objetivo de este capítulo es describir y analizar un corpus de publicaciones en revistas científicas de ciencias sociales que tratan específicamente sobre aborto y participación de los varones, en los países de América Latina y el Caribe, entre 2009 y 2014. El corpus se constituyó a partir de buscadores que permitieron filtrar los artículos por sus títulos, palabras clave y resúmenes. Posteriormente se leyeron las publicaciones para verificar su relación con el tema. El corpus quedó formado por 15 trabajos realizados en cinco países (Brasil, Argentina, Colombia, Uruguay y Cuba). De ellos, 11 siguen metodologías cualitativas y refieren al proceso de decisión y la experiencia del aborto. Los otros cuatro (tres cualitativos y uno cuantitativo) refieren a opiniones y percepciones del varón sobre el aborto. Se ratifican los hallazgos de relevamientos previos que plantean grandes brechas de conocimiento. Se sugiere investigar sobre las perspectivas de los varones acerca de la práctica y el estatus del aborto, las experiencias del aborto desde el punto de vista del varón, aborto y masculinidades, la especificidad de la experiencia en varones trans, el papel de los varones en las luchas por el reconocimiento del aborto, sus experiencias y opiniones en contextos en que ha cambiado el estatus legal del aborto y en las consejerías pre y postaborto en contextos de aborto legal, no punible e ilegal. En términos teóricos, se sugiere reforzar las perspectivas de género más “relacionales”.

Palabras clave

Aborto, varones, América Latina, ciencias sociales

*Colaboró en el relevamiento y análisis el Mgr. Santiago Cunial (UTDT-UBA-CONICET).

I. Introducción

El objetivo de este capítulo es presentar un estado del arte sobre la participación de los varones en relación con el aborto, a partir de un corpus que reúne conocimiento disponible producido en la región de América Latina y el Caribe en el período 2009-2014. Los criterios de inclusión de los textos son estrictos y comunes: el corpus está formado por publicaciones con referato y que figuran en bases indexadas.

El capítulo en sintonía con el volumen del que forma parte, busca identificar tendencias y resultados relevantes en la temática; reseñar las metodologías utilizadas y las sugerencias que podrían robustecer el enfoque o abordaje del tema; e identificar los vacíos o lagunas de conocimiento. En el caso de la participación de los hombres se adelanta, los vacíos y lagunas son la regla: queda casi todo por investigar. El propósito más amplio es ofrecer insumos para la construcción de una agenda de investigación capaz de responder a la demanda de información confiable y basada en evidencia y fortalecer así las acciones de incidencia para lograr de una vez por todas, que se aborde al aborto en la región desde una perspectiva de salud colectiva y de derechos humanos.

II. Metodología

El capítulo se basa en la revisión de los estudios publicados en el período 2009-2014, en el contexto de América Latina y el Caribe, sobre el tema específico de la participación de los varones en relación con el aborto.

Con este fin se relevaron los artículos que, habiendo pasado por un proceso de referato, han sido publicados en revistas académicas indexadas y libros presentes en las bases de datos más reconocidas. Las bases han sido las siguientes: PubMed, LILACS, Latindex, SciElo, CLACSO, Redalyc, JSTOR, DOAJ, Biblat, UNIREL y LANIC. También se consultó, con el único fin de revisar si pudieran haber quedado trabajos fuera del relevamiento en las bases, dos bibliotecas de universidades norteamericanas: CLIO (sistema de consultas bibliográficas de la Universidad de Columbia, en Nueva York) y Mirlyn Catalog (sistema de consultas de la Universidad de Michigan, en Ann Arbor). Luego de la revisión, se pudo concluir que siguiendo el criterio de inclusión geográfico y temporal propuesto y el procedimiento de relevamiento a través de buscadores, no habían quedado afuera trabajos. Se excluyeron aquellos artículos relativos a otras áreas geográficas, y también los que tocaban el tema de los varones solo tangencialmente, para evitar superposiciones con otros capítulos del libro.

El relevamiento se realizó a partir de los siguientes buscadores: aborto, hombre, varón varones, masculino, masculinidades, aborto inducido, violencia, pareja, derechos sexuales y reproductivos y las

acepciones equivalentes en inglés y portugués. Los buscadores surgieron de manera inductiva luego de un primer relevamiento a partir de la palabra “aborto”, con base en las palabras que se repetían en los artículos seleccionados. A partir de los buscadores se filtraron los artículos por sus títulos, palabras clave y resúmenes. Una vez realizado este primer filtro, se leyeron los resúmenes de las investigaciones para determinar su efectiva relación con el tema, así como para evitar, de nuevo, superposiciones con las otras temáticas que conforman este volumen.

Los artículos fueron sistematizados en una tabla de Excel en la que se resumieron: título, autoría, revista y año de edición, objetivos, metodología y principales hallazgos. La **Tabla I** (más abajo) clasifica los textos que forman el corpus y cuyas referencias completas se consignan al final del capítulo.

III. Resultados

Diversas investigaciones han señalado la escasez de estudios que analicen las experiencias, actitudes y percepciones de los varones frente al aborto (1,2,3), en particular se conoce poco sobre las experiencias y la participación en el proceso de aborto desde las perspectivas y relatos de los propios varones. Sin embargo, tal como señala Pantelides (2), resulta insoslayable avanzar en este tipo de análisis, en la medida que los varones constituyen actores protagónicos en todos los aspectos de la reproducción y no son solamente actores secundarios que pueden colaborar de manera positiva, negativa o de forma siempre subsidiaria, en los procesos experimentados y decididos por las mujeres.

La definición de aborto refiere en estos trabajos al aborto provocado, a la interrupción voluntaria del embarazo, en general en contextos ilegalidad u oficiosos. No se incluyen (no encontramos) trabajos sobre abortos espontáneos; recuérdese además que nuestro interés es sobre la participación masculina.

En cuanto a la definición de hombres o varones, cabe hacer dos aclaraciones. Primera aclaración: se trata de varones “cis”, es decir varones “no trans”. Es decir, los trabajos se refieren a varones que fueron designados de sexo masculino al nacer y conservan en la juventud y adultez su identidad y corporalidad masculinas. Segunda aclaración: los textos refieren casi todos a varones que son parejas de las mujeres que abortan o a quienes se les atribuye la relación sexual resultante en el embarazo que se busca interrumpir. No aparecieron en este corpus trabajos sobre varones no involucrados en el embarazo, aquellos que pueden participar del proceso por ejemplo acompañando a la mujer a abortar o colaborando económicamente con ella (con una hija, una amiga). En menor medida, hay trabajos donde se vincula varones y aborto, pero no a partir de su participación o experiencia en tanto varones, sino en su calidad de ciudadanos por ejemplo, los trabajos sobre opinión pública en materia de aborto (opinión pública determinada a partir de encuestar a mujeres y a varones).

A partir de los buscadores, no encontramos trabajos relativos a “aborto y participación de los hombres” que investiguen el fenómeno de que a menudo son varones los legisladores, jueces, médicos y políticos quienes determinan las condiciones legales y sanitarias en las que se practican los abortos en América Latina, o el fenómeno de que hay varones (heterosexuales, gays, cis y trans) que forman parte o son aliados de los movimientos sociales que pugnan por los derechos en la materia.

Dentro de la escasez de investigaciones sobre la relación entre los varones y el aborto, durante el período 2009-2014, los temas de la influencia de ellos en la toma de decisiones de las mujeres que deciden abortar, sus propias experiencias, y las actitudes y opiniones de los varones sobre el tema han sido pues, los más desarrollados. Esto se condice con una tendencia histórica en la materia (2,3), en la que predominan los estudios que analizan los sentimientos de los hombres respecto de la interrupción del embarazo (4,5) y las presiones que puedan ejercer sobre las mujeres para que se sometan a tal experiencia (6).

En lo que refiere a los enfoques metodológicos, priman los estudios cualitativos, basados mayoritariamente en entrevistas semiestructuradas y en pocos casos con métodos de tipo etnográfico, aunque también se han desarrollado estudios de carácter cuantitativo, basados en encuestas.

Finalmente, son muy pocos los países sobre los cuales versan los estudios, siendo Brasil el que tiene mayor cantidad de trabajos publicados sobre la temática, seguido por Argentina. Las otras tres naciones de la muestra son Colombia, Uruguay y Cuba. Cabe destacar en este sentido, y considerando los criterios de conformación del corpus, la ausencia de trabajos que analicen la problemática en países del Caribe y Centroamérica, de los que se encontró un solo artículo que analiza la problemática en Cuba. Por lo que pudo observarse, además, en la mayoría de los casos las muestras se conforman con individuos con residencia urbana, en general en las capitales: Buenos Aires-Argentina, Montevideo-Uruguay, Bogotá-Colombia, o las urbes más grandes: São Paulo, Río de Janeiro, Natal, en Brasil, con alguna rara excepción, como Bucaramanga, Colombia.

La **Tabla I** sintetiza los artículos recolectados para la investigación que finalmente integran el corpus a analizar.

Tabla 1. Resumen del corpus de artículos sobre aborto y varones. América Latina y el Caribe 2009-2014

		Tema	
		Opiniones y percepciones del varón sobre el aborto	Rol del varón en el proceso de decisión-experiencias
Metodología	Cualitativa	<p>Argentina: Petracci (2011)</p> <p>Brasil: Nunes, Dantas, Diniz y Couto (2011)</p> <p>Uruguay: Carril Berro y López Gómez (2012)</p>	<p>Argentina: Petracci, Pecheny, Mattioli y Capriati (2012); Chaneton y Vacarezza (2011)</p> <p>Brasil: Villela, Barbosa, Portella y Oliveira (2012); Heilborn, Cabral, Brandão, Cordeiro y Azize (2012); Pereira, Oliveira, Gomes, Couto y Paixão (2012); Souza y Diniz (2011); Diniz, Gesteira, Lopes, Mota, Pérez y Gomes (2011); Nonnenmacher, Benute Gláucia, Nomura, Azevedo, Dutra, Rebouças, <i>et al.</i> (2014)</p> <p>Colombia: Viveros Vigoya y Navia (2011); Quintero-Roa, Ortiz-Serrano, Ochoa-Vera, Consuegra-Rodríguez y Oliveros (2010).</p>
	Cualitativa	<p>Cuba: Gutiérrez Coronado, Safora Enríquez e Izquierdo (2009)</p>	-

Los trabajos que analizan las percepciones y opiniones de varones en relación con el aborto, parten de la presunción de que las construcciones de sentido que los varones tienen respecto de la problemática, son resultado de la articulación de las experiencias histórico-biográficas de los sujetos y sus creencias y posicionamientos religiosos y filosóficos. La pregunta que guía los artículos puede sintetizarse de la siguiente manera: ¿cuáles son las actitudes y opiniones de los varones hacia el aborto y su despenalización o legalización? Sin embargo, el contexto y objetivo de dicha interrogante varía según se lo haga en función de situaciones personales (cuando su pareja es la que se realiza el aborto), o generales (cuando las consultas giran en torno a la cuestión pero sin una experiencia particular) y según las diferentes casuísticas (o causales) en que el aborto se practica, o se practicaría.

En lo que concierne a la primera situación, es decir la referida a experiencias personales, por ejemplo Nunes Dantas, Diniz y Couto (7), analizan las percepciones que aparecen en los relatos de cuatro varones cuyas parejas realizaron un aborto inducido en Brasil durante junio de 2009. Las autoras describen cómo los hombres perciben el aborto como un crimen ante Dios y ante la ley. Señalan que los entrevistados sabían lo que es el *misoprostol*, medicamento que puede usarse para provocar la interrupción de una gestación precoz, pero desconocían el proceso de realización de un aborto e ignoraban las consecuencias que este tiene para la mujer. Por otra parte, los hombres entrevistados señalaron que la decisión del aborto fue exclusiva de la mujer y que no formaron parte de ella. Finalmente, las autoras relatan que las razones financieras fueron las causas principales que llevaron a las parejas a interrumpir el embarazo. Motivos relacionados con las penurias económicas son de los más usuales en mujeres y parejas de sectores populares (en su texto los mencionan todos), pero como parte de las menos aceptadas como motivo legítimo para interrumpir un embarazo.

Carril Berro y López Gómez (8) también analizan a través de la realización de entrevistas, los significados que tiene el aborto voluntario en Uruguay, para los varones cuyas parejas experimentaron la interrupción de su embarazo. En este caso, los entrevistados no se consideraron ajenos ni indiferentes respecto del aborto, y sostuvieron que ha sido una experiencia significativa tanto para la mujer como para ellos. Las autoras señalan cuatro modos de pensar el asunto, según surge de las entrevistas: a) el aborto como un asesinato; b) el aborto como un acto de desamor; c) el aborto como un mal necesario (producto de un descuido); y d) el aborto como un acto de libertad de la mujer. Asimismo, estas formas de pensar el fenómeno se condicen con las opiniones que tuvieron los entrevistados en relación con el derecho que tiene una mujer a interrumpir o continuar su embarazo: a menor condena moral, mayor aceptación a que las mujeres puedan decidir por sí mismas.

Otros trabajos indagan las percepciones de los varones sobre el aborto, sin importar si han vivido o no tal experiencia. Petracci (9) explora las opiniones acerca de la despenalización del aborto y las representaciones sociales sobre el mismo en una muestra de varones de 25 a 39 años de estratos socioeconómicos medios y populares y residentes en el área metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires. La autora describe la ambivalencia presente en los discursos sobre el aborto, en los que prima una opinión favorable a su despenalización y una representación social basada en un eje moral opuesto al aborto, al que se asocia con la muerte, el asesinato y la tristeza. Petracci sostiene que las opiniones registradas en las entrevistas –opiniones más superficiales que las representaciones más cristalizadas–, expresan una posición abierta hacia la despenalización del aborto por parte de los entrevistados, pero asentada en valores más profundos que las opiniones, influidas por un discurso social que condena la práctica, y por la interiorización de un orden simbólico condenatorio de los derechos de las mujeres y

de defensa abstracta de la vida. Esto último lleva a la diferenciación de dos tipos de argumentos que expresan acuerdo con la despenalización: aquellos basados en razones ligadas a derechos sexuales y reproductivos y aquellos otros basados en razones más relacionadas con el rechazo a la violación que a la aceptación del aborto, y que terminan siendo inculpadores de las mujeres: se acepta, o se acepta más la interrupción del embarazo en caso de violación, es decir cuando el sexo no fue consentido ni buscado por la mujer.

Gutiérrez Coronado, Safora Enríquez y Rodríguez Izquierdo (10), por su parte analizan las percepciones de adolescentes varones (15 a 19 años) en relación con el problema del aborto en la ciudad cubana de La Habana. Mediante un análisis cuantitativo basado en encuestas, los autores llegan a la conclusión de que el varón cubano tiene, en general, baja percepción del riesgo asociado al aborto, recordando que en Cuba la interrupción del embarazo es segura, ya que es legal y se practica en el seno del sistema de salud. Del total de la muestra encuestada, el 25.7% de los encuestados no conocían en qué consistía el aborto y el 66% desconocía el riesgo que entraña un aborto para su pareja. Asimismo, el 50% consideró al abandono de la pareja como la principal causa que lleva al aborto, y en segundo lugar, que el embarazo no deseado interfiera con su proyecto de vida.

Los trabajos que analizan las experiencias de los varones o la influencia que ellos tienen en la toma de decisiones de las mujeres que optan por abortar, discuten los procesos de reflexión, de negociación y de toma de decisiones respecto del aborto en contextos relacionales y en determinadas circunstancias de vida (11).

Nonnenmacher, Benute, Nomura, Azevedo, Dutra, Rebouças, *et al.* (12) analizan la percepción de las mujeres en relación con la reacción y el comportamiento de su pareja durante el proceso de aborto en las ciudades brasileñas de Natal y São Paulo. Mediante la realización de entrevistas semiestructuradas a mujeres que sufrieron un aborto espontáneo o que realizaron un aborto inducido, los autores señalan que las entrevistadas que indujeron un aborto, se refirieron a la pareja hombre como la persona que no debía conocer la realización aborto y al mismo tiempo, como la que podría haberlo evitado. En Natal, el aborto inducido se asoció con la ausencia de la pareja durante el embarazo y en São Paulo, a su reacción negativa frente a la noticia del mismo. También en Brasil, pero en la ciudad de Río de Janeiro, Heilborn, Cabral, Brandão, Cordeiro y Azize (13) abordan las negociaciones y la toma de decisión durante el proceso del aborto. Las autoras llevaron adelante entrevistas a profundidad, en las que se indagaron las trayectorias biográficas de 31 mujeres y 28 hombres de camadas populares y medias, en diferentes franjas etarias (de 18 a 27 años y de 40 a 49 años). Como resultados, el artículo señala la existencia de un mayor diálogo y negociación entre los jóvenes y como contrapartida, que los hombres mayores son menos sensibles a las cuestiones de la reproducción y el ejercicio de la paternidad. Esto se traduce

en distintos tipos de autonomía femenina: mientras que entre las mujeres de 40 a 49 años, su decisión está condicionada por una menor participación de sus compañeros sentimentales, en las relaciones de parejas jóvenes, la autonomía presenta una perspectiva relacional.

Pereira, Oliveira, Gomes, Couto y Paixão (14) identifican los factores que interfieren en la decisión de abortar de mujeres que viven en Salvador, Brasil. Entrevistaron mujeres negras adultas, casadas o con relaciones estables, dependientes financieramente de sus parejas, quienes resaltaron que entre las razones que las condujeron a realizarse un aborto prevalecieron las dificultades financieras, el número de niños y principalmente, la experiencia de violencia doméstica (con la consecuente pérdida de su autonomía). Souza y Diniz (15) y Diniz, Gesteira, Lopes, Mota, Pérez y Gomes (16) también describen y analizan las variables que llevaron a abortar a mujeres que viven en la ciudad de Salvador. En ambos artículos se señala que la decisión de practicar un aborto, se derivó principalmente de la historia de violencia vivida con sus parejas y familiares y de su abandono cuando el embarazo fue descubierto. El abandono y la violencia tuvieron además, consecuencias para la salud mental de las mujeres, que dijeron haber desarrollado síntomas de trastorno de estrés postraumático (16). La violencia doméstica también condiciona y a veces potencia las decisiones de practicar un aborto en mujeres, en este caso aquellas que viven con VIH en Brasil (11).

La violencia doméstica es un factor que también aparece determinante para las mujeres en Colombia. Quintero-Roa, Ortiz-Serrano, Ochoa-Vera, Consuegra-Rodríguez y Oliveros (17), realizan un estudio desde “la perspectiva bioética de la justicia distributiva”, y señalan que para las mujeres de Bucaramanga que se realizaron un aborto, las variables que determinaron su decisión fueron el carecer de una pareja estable o que esta fuera disfuncional y que la presionara para inducir el aborto por motivos económicos, o por considerar su paternidad satisfecha.

En consonancia con lo anterior, desde una perspectiva antropológica Viveros Vigoya y Navia (18) analizan el papel que los varones desempeñan en la decisión de interrumpir un embarazo en Bogotá. A través de entrevistas con perspectivas biográficas a mujeres y hombres de la ciudad, las autoras consideran el influjo que tienen en la decisión de un aborto las diferencias de género, clase, generación y de momentos de curso de vida. Según sea la posición que adopte el varón en relación con el proceso, las autoras describen diferentes tipos de decisiones en torno al aborto: a) decisión solamente femenina; b) silenciamiento del deseo de paternidad; c) presión indirecta; d) presión directa; e) decisión conjunta; y f) situaciones en las que los varones no son consultados.

Finalmente, para el caso argentino algunas investigaciones exploran y analizan los modos en los que el aborto marcó las experiencias de vida en varones. A partir de la realización de entrevistas a profundidad

a mujeres y varones que vivieron la experiencia de interrumpir un embarazo, Petracci, Pecheny, Mattioli y Capriati (19), señalan que la realización de un aborto marca diferencialmente a las mujeres en cuyo cuerpo es practicado, en relación con los varones participantes secundarios del proceso, aunque las huellas sean perdurables en ambos. Los abortos suelen ser hitos vitales también para los varones, a veces en su trayectoria anticonceptiva, en tanto pasaje a la adultez o a una preparación para ser padres y, circunstancialmente, para seguir o romper una pareja. Asimismo, los varones señalan que el protagonismo es de la mujer que aborta: incluso acompañada, o bajo presión.

Chaneton y Vacarezza (20) también analizan los relatos de mujeres y hombres que vivieron experiencias de abortos clandestinos en Argentina. Las autoras rescatan, por ejemplo, cómo la angustia y la ansiedad, la búsqueda de métodos abortivos, limitada por las condiciones de ilegalidad –pero asimismo para algunas personas, por las condiciones económicas–, se vuelve la realidad de los testimoniantes una vez que la pareja decidió llevar a adelante la práctica.

Todos los trabajos que forman parte del corpus refieren a abortos en contexto de ilegalidad, y no mencionan, por los años en que fueron hechas las investigaciones, las iniciativas relativamente recientes de consejería pre y postaborto, ni casos de aborto legal o no punible contemplados por las legislaciones restrictivas vigentes.

Coincidiendo con un relevamiento previo (2), diversos trabajos (13,18,19) insisten en la dificultad claramente mayor para el contacto, para el desarrollo de la técnica de la bola de nieve y para la propia puesta en relato de la experiencia de aborto, cuando se trata de varones, respecto de cuando se trata de mujeres. Estos tres estudios, hacen de esta dificultad del trabajo de campo un objeto de reflexión sustantiva, no solo metodológica, al señalar que el tema del aborto, particularmente en tanto experiencia, es algo de lo que raramente o nunca se habla entre varones. Aun en contextos de estigma o de ilegalidad, las mujeres refieren haber hablado o haber conversado entre ellas acerca del aborto, para los hombres, por el contrario, el aborto no es un tema de conversación, y en dichas investigaciones algunos entrevistados han señalado que la entrevista para la investigación era la primera vez que ponían esta experiencia (la del aborto de una pareja) en palabras.

IV. Discusión

El tema del aborto ha estado en la agenda de investigación social de América Latina de los últimos años, como lo muestran los trabajos que forman los corpus de los capítulos del presente volumen. Sin embargo, no aparece aquí abundante producción publicada en lo que a varones se refiere, incluso en países con extensa investigación social sobre diversos aspectos relativos al aborto.

El escaso número de trabajos que conforma el corpus seleccionado para este capítulo según los criterios comunes pautados para la edición del volumen, se explica por dos motivos de diferente orden: uno relativo a dónde se publican generalmente los trabajos y el otro relacionado con recorte temático; otro más general referente a la histórica y aún vigente exclusión de los varones del campo de la salud y derechos reproductivos.

El primer orden de motivos, relativo a dónde se publican los resultados de investigación, afecta según mi intuición, al conjunto de los trabajos analizados en este volumen e incluso al conjunto de los trabajos de investigación cualitativa en ciencias sociales sobre género, sexualidad y salud en la región. El mayor volumen de disseminación de resultados de investigaciones sobre varones y aborto (y sobre aborto en general), no pasa por las publicaciones científicas. Esto tiene que ver con las prácticas históricas de la comunidad investigativa que han privilegiado otros medios de difusión de resultados, medios diferentes al de las revistas indexadas con referato que siguen los criterios de validación científica prevalecientes para las disciplinas basadas en evidencias cuantificables y explicaciones causales. Por un lado, porque este tipo de investigaciones han privilegiado medios de disseminación más “militantes”, orientados a la abogacía o la recomendación de políticas públicas. Muchas de las investigaciones incluso se hacen en el marco de políticas públicas, proyectos de la sociedad civil, o en el entorno de los debates políticos urgidos por las coyunturas o la polémica en el espacio público, a iniciativa de actores no académicos, de modo que los resultados se publican en medios, supuestamente de mayor alcance, no específicamente científicos o que siguen cánones de validación diferentes de los que se han recorrido aquí para la formación del corpus. Por otro lado, aun al interior de la comunidad académica, desde las ciencias sociales y desde América Latina, de forma creciente estamos proponiendo modos alternativos de producir evidencia sólida que permita tanto hacer buena investigación, como proveer de insumos clave para el diseño y el monitoreo de políticas, más de tipo cualitativo y narrativo, ligado a los propios actores. Pero esto está aún en proceso. En ciencias sociales se han privilegiado otros medios, como las publicaciones científicas locales, a veces no indexadas; nótese que la indexación es un proceso difícilmente sustentable, pues supone no solamente criterios de control de pares externos, sino algunas características de continuidad y regularidad de las publicaciones, que depende de factores extra científicos.

Estos comentarios que pueden valer para el conjunto de capítulos de este volumen y para otras temáticas sociosanitarias, de derechos y de género investigadas en la región, deben especificarse además, para el caso de la participación de los varones en relación con el aborto: se trata de un recorte novedoso y peculiar tanto en su calidad de fenómeno social percibido como problemático o digno de atención, como en su calidad de objeto de indagación de las ciencias sociales. Este carácter novedoso explica

en parte el reducido número de trabajos incluidos en el corpus, así como el carácter declaradamente exploratorio de la totalidad de los trabajos registrados.

El segundo orden de motivos que explicarían el reducido número de trabajos en el corpus va más allá del carácter novedoso o aparentemente demasiado peculiar del recorte (participación de los varones y aborto) y tiene que ver justamente con la construcción social tanto del aborto, como de su abordaje político e investigativo. Para decirlo de manera contundente: no se sabe bien cuál es ni cuál debería ser el papel de los varones en relación con el aborto, con su experiencia y práctica, en la lucha por sacarlo de la clandestinidad y obtener el reconocimiento del aborto legal, o en la investigación académica.

La experiencia directa del aborto es de las mujeres y como ya alertara Pantelides en 2008 (2), la investigación es particularmente complicada en contextos en los que a veces los varones no se enteran o no participan del proceso de decisión e implementación de la interrupción del embarazo o en contextos de ilegalidad y de estigma que refuerzan la resolución oficiosa y “femenina” del problema.

Respecto de los hallazgos propiamente dichos, los estudios coinciden en señalar la dificultad de investigar sobre experiencias de aborto desde el punto de vista de los varones: como dijimos, en cuanto al contacto, el relato y la ambivalencia de una experiencia que implica participar a veces, pero nunca completamente del proceso. No obstante, varios trabajos desmienten la idea de que el aborto en tanto experiencia, afecta únicamente a las mujeres: hay aspectos relativos a la masculinidad (ligados a la paternidad frustrada, al pasaje a la adultez relacionado con la irresponsabilidad sexual), al hacerse cargo y a la complejidad de cómo y en qué medida la acompañan.

A veces los varones ni siquiera son informados del proceso de aborto, o lo son parcialmente. En algunos casos aparecen visiones condenatorias hacia las mujeres y hacia el aborto per se. En otras ocasiones, se mencionan transformaciones en las relaciones de pareja a partir del aborto: sea de reproches y hasta de ruptura, sea de un refuerzo del lazo afectivo.

Las metodologías de las investigaciones son en general cualitativas y basadas en entrevistas. Los análisis combinan reconstrucción de trayectorias personales, sexuales y reproductivas en las que se insertan los abortos, con análisis más sincrónicos del proceso de decisión de aborto propiamente dicho, en el que los varones nunca tienen un papel protagónico en el sentido de “poner el cuerpo”, pero que indudablemente es central: tanto en la decisión de proseguir o interrumpir el embarazo, el sentido pasado, presente y futuro del vínculo de pareja, la presión en uno u otro sentido ejercida sobre la mujer, la provisión de recursos, el acompañamiento afectivo y concreto, o las situaciones postaborto.

V. Conclusión

Si comparamos la situación actual con el trabajo de Pantelides de 2008 (2), publicado justo antes del inicio temporal del corpus analizado en este capítulo, podemos decir que sus conclusiones acerca del vacío investigativo existente y sus recomendaciones respecto de que está casi todo por hacer, hoy en día no se ven alteradas lo cual es preocupante.

La primera comprobación es que el corpus del capítulo refiere solo a cinco países de América Latina y el Caribe: Brasil, Argentina, Colombia, Uruguay y Cuba. Se requiere pues, investigación en cada uno de los demás países de la región. Además, prácticamente todos los trabajos han sido realizados en centros urbanos.

Sigue siendo complicado el trabajo sobre aborto inducido, en contextos de ilegalidad y estigma, lo cual repercute cuando se trata de varones hasta en el contacto de posibles entrevistados o encuestados.

No he hallado trabajos sobre la eventual participación de los hombres en las experiencias de consejería pre y postaborto, habilitadas por los resquicios del llamado aborto no punible y por algunas políticas y servicios de reducción de riesgos y daños en materia de interrupción voluntaria del embarazo. Este es un tema a indagar, sobre todo en países como Uruguay o Argentina que tienen este tipo de servicios.

El obstáculo principal a la investigación del tema es, quizá, la persistencia de la construcción del aborto, y de los otros asuntos de derechos y salud en materia de sexualidad y reproducción como asuntos de mujeres, o eventualmente como asuntos de categorías consideradas específicamente vulnerables (por ejemplo los gays, o las personas viviendo con VIH, o las y los adolescentes). Los varones adultos heterosexuales no se toman en cuenta más que como “perpetradores”, para evocar el término condenatorio.

Pantelides (2) ya alertaba que las razones de esta exclusión y por ende de la necesidad de incluir a los varones en la investigación sobre aborto, no son solamente científicas y tienen que ver con la posibilidad misma de diseñar e implementar políticas efectivas. La exclusión de la participación de los varones como tema de investigación y de las prácticas sociales y asistenciales, redundan en sufrimientos evitables y mayores riesgos tanto para las mujeres, como para los varones.

Las brechas de investigación sobre varones y aborto son, por así decirlo, totales. Falta conocimiento acerca de la información y las actitudes de los hombres sobre el aborto los procedimientos, las conductas preventivas, el estatus legal y los derechos, así como sobre las experiencias de los hombres en relación con el aborto, las modalidades de la toma de decisión respecto a interrumpir o proseguir el embarazo, los circuitos, el aborto como hito en la trayectoria personal, las huellas postaborto, aborto,

paternidad y masculinidades, no hay nada sobre aborto (ni sobre salud o derechos reproductivos) en varones trans, es decir varones cuyo aparato reproductivo los habilita a gestar y por ende a interrumpir una gestación, el papel de los varones en las luchas por el reconocimiento del aborto o por el contrario, en el mantenimiento del *statu quo* de ilegalidad, las experiencias y opiniones de los varones en aquellos contextos en que recientemente ha cambiado el estatus legal del aborto (Ciudad de México y Uruguay, por ejemplo).

Las metodologías cualitativas parecen ser las más apropiadas para encarar el tema en relación con los varones. Investigaciones comparadas o multicéntricas serían de mucha utilidad. Las encuestas y otros instrumentos cuantitativos podrían encarar series relativas a las opiniones respecto de la práctica, el estatus legal y la accesibilidad en el sistema de salud. Probablemente sean instrumentos menos aptos para captar la prevalencia de aborto dado el estigma, la ilegalidad e incluso la posible falta de información de los varones sobre si alguna pareja suya ha interrumpido un embarazo.

En términos teóricos, abordar más y mejor la participación de los hombres en relación con el aborto, implica dejar definitivamente de lado la identificación entre género y mujer/mujeres. Por el contrario, en investigación social sobre salud y derechos reproductivos, la perspectiva relacional de género apunta a pensar estas cuestiones siempre en contexto y en trayectoria, y por definición en el marco de lazos sociales. La reproducción (incluyendo las prácticas reproductivas y no reproductivas), la sexualidad, los vínculos eróticos, sexuales y familiares son relacionales. Esto implica pensar estos fenómenos no como experiencias subjetivas individuales (que lo son), sino como relaciones entre mujeres y varones, e incluso reconociendo los vínculos intragenéricos, de un modo que cuestiona de entrada el binarismo y la heteronormatividad. Por ejemplo, desde esta perspectiva se sugiere evitar encuestas sobre comportamientos reproductivos y aborto, aplicadas solo a una muestra de mujeres. Para comprender y explicar comportamientos reproductivos es menester conocer las prácticas y sentidos tanto de las mujeres como de los varones, mientras que en el caso de los comportamientos sexuales, es necesario incluir la diversidad de prácticas y sentidos sexuales, que no se agotan en la sexualidad heterosexual reproductiva.

Las investigaciones sobre aborto suelen describir las experiencias de mujeres y resaltan el impacto de la interrupción del embarazo en sus trayectorias sexuales-afectivas, en sus biografías. Los varones aparecen como partícipes, en algunos casos, pero rara vez se examina la experiencia masculina en torno al aborto, así como la huella que este hecho deja en sus propias trayectorias (13,18,19,20). Cuando las investigaciones incluyen a mujeres y a varones y se ponen en relación las experiencias de unas y otros, se obtiene una mirada más compleja de un fenómeno ante el cual suele tenderse a simplificar e incluso moralizar los papeles de cada uno. Pensar el género en contexto y trayectoria, tomando en cuenta a

mujeres y a varones en toda su diversidad obliga a incluir, tanto en la reflexión sobre las herramientas conceptuales y metodológicas, como en el análisis de datos, la interacción entre género y variables clave de las ciencias sociales, tales como clase social, edad y etnia. Es decir, se hace necesario un abordaje que brinde espacio al análisis de las estructuras de poder intragénero, en forma paralela al análisis más clásico de género.

Alentar la investigación sobre participación de los hombres y aborto puede también querer decir alentar la participación de varones investigadores en este campo, aun cuando desde mi punto de vista y del de colegas como Mónica Petracci, Hernán Manzelli o Alejandro Capriati, esto no es una condición necesaria. La perspectiva relacional adopta una postura pragmática en torno a la cuestión del género de investigadoras/es y población bajo estudio: la división por género puede ser una división de tareas por cuestiones de acceso, empatía (cercanía, identificación), a probar y comprobar empíricamente caso por caso. Es más probable que mujeres accedan más fácilmente a una sala de mujeres en un hospital o en alguna institución cerrada o segregada por género, del mismo modo que los varones lo hagan con varones. Pero a veces esto no es así y debe ser puesto a prueba según cada investigación. Una perspectiva de género relacional permite interrogar no solo de modos distintos sobre los mismos temas, sino que abre el juego a la posibilidad de preguntar otros temas y prestar atención a cuestiones emergentes. El abordaje del género como relación y no (no solamente) como atributo de sujetos, permite considerar los fenómenos reproductivos como relaciones multidireccionales y de manera cambiante a lo largo del tiempo, en el sentido de que las relaciones no son estáticas e implican siempre más de una perspectiva y una experiencia. En suma, una perspectiva de género relacional invita a una mayor flexibilidad de los métodos y técnicas de investigación sustentada en una reflexión más profunda sobre el género y el hacer investigación social en salud sexual y reproductiva. Nos libera de un dogmatismo metodológico del estilo las mujeres entrevistan mujeres, los hombres entrevistan hombres, o la necesidad de “siempre” incluir mujeres y varones en cada muestra, bajo el costo de profundizar en la reflexión sobre el género desde el mismo diseño y estructura conceptual de la investigación. Esto es, reclama la necesidad de una reflexión más profunda sobre la relación entre género y el método en investigaciones que parten justamente de un enfoque de género.

VI. Referencias

1. Adebayo A. Male attitudes toward abortion: an analysis of urban survey data. *Soc Indic Res.* 1990;22(2):213-228.
2. Pantelides E. Los varones y su relación con el aborto. Revisión de la bibliografía y sugerencias para la investigación. *Revista Latinoamericana de Población.* 2008;2(3):27-46.
3. 3. Lerner Sigal S y Guillaume A. La participación de los varones en la práctica del aborto. La construcción del conocimiento en América Latina. *Revista Latinoamericana de Población.* 2008;1(2): 29-45.
4. Degante Sánchez AO. Mujeres abortan, hombres también. Voces de sus protagonistas. *Desacatos.* 2005;17:155-168.
5. Melo Laet Rodrigues M y Komura Hoga L. Aborto espontâneo e provocado: sentimentos vivenciados pelos homens. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(1):14-19.
6. Guevara Ruiseñor E. La corresponsabilidad ética de los varones frente al aborto. *Desacatos.* 2005;17:33-56.
7. Nunes Dantas L, Freire Diniz N y Menezes Couto T. Percepção dos homens sobre o processo de abortamento. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.* 2011;12(2):342-350.
8. Carril Berro E y López Gómez A. Significados de aborto y opiniones sobre derecho a decidir en varones uruguayos. *Estudios Sociológicos.* 2012;30(90):739-771.
9. Petracci M. Opiniones y representaciones sociales de varones sobre aborto en Buenos Aires, Argentina. *Sex Salud Soc.* 2011;8:10-35.
10. Gutiérrez Coronado T, Safora Enríquez O y Rodríguez Izquierdo A. Percepción en el varón del aborto en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2009;35(4):171-177.
11. Villela WV, Barbosa RM, Portella AP y de Oliveira LA. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2012;17(7):1709-1719.
12. Nonnenmacher D, Benute Gláucia R, Nomura RM, Azevedo G, Dutra E, Rebouças M, *et al.* Abortion: a review of women's perception in relation to their partner's reactions in two Brazilians cities. *Rev Assoc Med Bras.* 2014;60(4):327-334.
13. Heilborn M, Cabral C, Brandão E, Cordeiro F y Azize R. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. *Sex Salud Soc.* 2012;12:224-257.

14. do Nascimento Pereira V, Aelo de Oliveira F, Pereira Gomes N, Menezes Couto T, do Nascimento Paixão GP. Abortamento Induzido: vivência de mulheres baianas. Saúde soc. [Internet]. 2012;21(4):1056-1062.
15. Souza Z y Diniz N. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. Texto contexto - enferm. 2011;20(4):742-750.
16. Diniz N, Gesteira S, Lopes R, Mota R, Pérez B y Gomes N. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. Rev Bras Enferm. 2011 diciembre;64(6):1010-1015.
17. Quintero-Roa E, Ortiz-Serrano R, Ochoa-Vera M, Consuegra-Rodríguez M y Oliveros C. Características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga. Rev salud pública. 2010;12(4):570-579.
18. Viveros Vigoya M y Navia A. El lugar de las masculinidades en la decisión del aborto. Sex Salud Soc. 2012;12:135-163.
19. Petracci M, Pecheny M, Mattioli M y Capriati A. El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires. Sex Salud Soc. 2012;12:164-197.
20. Chaneton J y Vacarezza N. La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones. Buenos Aires: Marea: 2011.

3. PROFESIONALES DE LA SALUD Y ABORTO

Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas de las/os profesionales de la salud

Alejandra López Gómez

Resumen

En este capítulo se presenta y analiza el conocimiento disponible sobre profesionales de la salud y aborto inducido producido en América Latina y el Caribe y publicado en revistas científicas, entre 2009 y 2014. Se incluyeron 36 artículos, los cuales provienen en su mayoría de Brasil, algunos refieren a México y el resto a Argentina, Uruguay, Paraguay y Jamaica. Los resultados de investigación generados en el período se focalizan fundamentalmente en identificar las barreras que dificultan o limitan el acceso al aborto seguro en las mujeres. En particular, se destaca el déficit de conocimiento en los profesionales sobre los marcos jurídicos y normativos así como de los aspectos técnicos relacionados con el aborto médico. En general, los investigadores coinciden en afirmar que disponer de conocimiento legal y técnico es condición para el involucramiento de los profesionales, pero que no resuelve per se la aceptación del aborto, ni una atención de calidad. Los estudios ofrecen indicios sobre las barreras culturales, subjetivas, ideológicas y religiosas que se ponen en juego en las prácticas profesionales, sin embargo, no se ofrecen interpretaciones teóricas robustas sobre el origen social de estas barreras. El campo de la investigación sobre profesionales y aborto está interpelado a tener una discusión sustantiva sobre las evidencias acumuladas y sobre los vacíos que se identifican, a modo de orientar con mayor claridad las urgencias y prioridades de una agenda regional de investigación.

Palabras clave

Aborto, profesionales de la salud, conocimiento, prácticas, América Latina y el Caribe

I. Introducción

En este capítulo se presenta y analiza el conocimiento disponible sobre profesionales de la salud y aborto inducido producido en América Latina y el Caribe y publicado en revistas científicas, entre 2009 y 2014.

El aborto ilegal e inseguro es un asunto crítico en la gran mayoría de los países de la región, con consecuencias relevantes en el bienestar, la salud y la vida de las mujeres. Una de cada ocho muertes maternas es producto de un aborto practicado en condiciones de riesgo y casi un millón de mujeres son hospitalizadas anualmente en la región, a causa de estas circunstancias (1). El papel de los/as profesionales de la salud en el acceso de las mujeres a la salud sexual y reproductiva, en particular al aborto seguro ha sido reconocido a nivel internacional como un asunto clave para garantizar el derecho a la salud y los derechos reproductivos (2,3).

En los últimos años en la región la investigación sobre aborto ha incorporado de manera creciente el estudio de la relación entre profesionales de la salud y aborto. Al respecto, la revisión de la literatura científica generada en los últimos cinco años, permite constatar un repertorio de estudios empíricos generados en distintos contextos sociales, políticos y legales sobre el aborto, aunque estos se concentran en pocos países. Los estudios alumbran algunas de las dimensiones y factores implicados en la relación que los/as profesionales de la salud establecen con las mujeres en situación de aborto inducido y aportan evidencias para la construcción de una agenda de investigación robusta sobre acceso al aborto seguro en la región. Al mismo tiempo, su análisis permite identificar vacíos e insuficiencia de información, así como temas emergentes y nuevos problemas que interpelan la producción sistemática de conocimiento. La información científica acumulada en estos años, que se suma a la producida en años anteriores, es una plataforma insoslayable para la (re)orientación de las políticas públicas, la formación de los recursos humanos de la salud y las acciones de incidencia social que buscan promover, proteger y garantizar el acceso al aborto seguro para las mujeres de América Latina y del Caribe.

II. Metodología

Para la revisión de literatura científica disponible en el período 2009-2014, se analizaron bases de datos y bibliotecas virtuales que recogen publicaciones de revistas arbitradas e indexadas. Las bases de datos utilizadas fueron SciElo, EBSCOhost, Redalyc, PISCODOC, JSTOR, Medline, BVS y LILACS. Se definieron los siguientes descriptores y palabras clave: profesionales AND aborto (aborto inseguro OR aborto inducido OR aborto voluntario) AND (opiniones OR conocimiento OR actitudes OR percepciones OR médicos OR doctores OR gineco-obstetras OR obstetras OR enfermería OR psicología OR nurses OR asistentes sociales OR estudiantes OR proveedores). Se definió el período

comprendido entre 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2014. En todos los casos se buscó que estos términos estuvieran referidos en cualquier parte del texto incluido el título. Se realizaron búsquedas para cada uno de los países y para la región en su conjunto.

Se definió incluir publicaciones que específicamente presentan y describen resultados empíricos sobre percepciones, creencias, actitudes, conocimientos, prácticas u opiniones de profesionales de la salud sobre aborto, diseñados con base en estrategias metodológicas de tipo cualitativo, cuantitativo o mixto. Se incluyeron artículos originales, reseñas de libros y revisiones publicadas en español, portugués e inglés. Se excluyeron libros, capítulos de libros, tesis u otras publicaciones no incluidas en revistas científicas arbitradas e indexadas en las bases referidas.

III. Resultados

Para esta publicación se seleccionaron 36 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión definidos. De ellos, 34 resultaron ser artículos originales y dos de revisión sistemática.

Las publicaciones identificadas fueron categorizadas en función del año de publicación, lenguaje, país y nombre de los autores/as. La distribución por países muestra que Brasil ocupa el primer lugar con 22 artículos publicados, le siguen México con siete, Argentina con tres, Uruguay con dos y Paraguay y Jamaica, con un artículo en cada caso.

Se clasificó el material en función del tipo de metodología empleada, los instrumentos de recolección de la información utilizados, los tamaños muestrales y los principales tópicos de la investigación. De los artículos que se incluyeron para esta revisión, 17 de ellos presentan estudios realizados desde abordajes cualitativos, 13 utilizaron metodologías cuantitativas y cuatro con diseños mixtos: cuanti-cualitativos. Del total de artículos, 16 presentan resultados sobre profesionales de la salud, incluyendo médicos/as, ginecobstetras, personal de enfermería, trabajo social y psicología o algunas de sus combinaciones: cuatro lo hacen con referencia a estudiantes de medicina o enfermería, diez refieren exclusivamente a médicos, cinco a personal de enfermería y nurse y uno a trabajo social.

Finalmente, los resultados de investigación que se presentan en los artículos fueron organizados con base en las siguientes categorías: a) conocimiento sobre aborto: aspectos legales y técnicos; b) significados y opiniones sobre aborto y su incidencia en las prácticas profesionales.

III.1. Conocimiento sobre aborto: aspectos legales y técnicos

Los estudios aportan información sobre dos dimensiones relacionadas con el conocimiento en aborto que tienen los profesionales: los aspectos legales y normativos y las cuestiones técnicas relacionadas con

la intervención profesional. No se reportan estudios que incluyan otras dimensiones de la práctica, por ejemplo conocimiento sobre aspectos sociales y psicológicos relacionados con el aborto.

El bajo conocimiento de los marcos normativos que regulan las prácticas del aborto, es un aspecto relevante por su influencia en las posturas de aceptación o rechazo que tienen los profesionales frente al tema. Las dos revisiones sistemáticas relevadas –ambas realizadas sobre la producción de Brasil–, coinciden en afirmar que los/as profesionales manifiestan un bajo nivel de conocimiento de las normas vigentes para la realización de abortos en circunstancias específicas aunque disponen de niveles satisfactorios de información general sobre el marco legal (4,5). Un estudio en Brasil por ejemplo, se propuso analizar las prácticas y opiniones de ginecobstetras sobre la provisión de servicios de aborto en casos de violación (6). La mayoría de los médicos expresaron requerir informes de la policía o autorización judicial para garantizar la atención solicitada, lo cual no se condice con lo que establece la norma nacional. Los datos sugieren que el acceso de las mujeres al aborto legal está siendo bloqueado entre otros factores por esta barrera, a pesar de lo que establece la ley. Las dificultades se producen principalmente, debido a la exigencia de que las mujeres aporten documentos médicos o judiciales para verificar la violación, los cuales no son requeridos legalmente (6). Un estudio realizado en México sobre conocimiento y aceptación de los médicos respecto del aborto legal por causal de violación, arrojó resultados similares. Los resultados del estudio mostraron que el conocimiento de la legislación y los aspectos técnicos favorecen la aceptación de la práctica del aborto, aunque se observaron actitudes de rechazo hacia las mujeres (39).

Por su parte, un estudio realizado en Brasil observó que el conocimiento de los aspectos legales es significativamente diferente según el tipo de profesión. Los/as médicos y obstetras muestran mayor conocimiento sobre estos aspectos que el personal de enfermería y de otras profesiones (7). Estos resultados son consistentes con los aportados por otros estudios con trabajadores sociales y personal de enfermería en Brasil (8,9). Una investigación realizada con estudiantes de medicina y derecho de Rio Grande del Norte (Brasil), muestra un conocimiento satisfactorio de los encuestados sobre la legalidad del aborto, ligado a una tendencia favorable a la ampliación de lo permitido legalmente para otras situaciones no previstas en la ley (10). Otra investigación realizada con estudiantes de medicina de Bahía (Brasil), aporta resultados similares (11). Las evidencias disponibles no son concluyentes y se observan discrepancias con otros estudios brasileños realizados con alumnos/as universitarios/as, los cuales reportan el bajo conocimiento observado en este sector (12).

La información que disponen los/as profesionales sobre los aspectos legales y su influencia en las prácticas y actitudes, ha sido explorado en estudios realizados en México. Una encuesta a 418 médicos obstetras, realizada poco tiempo después de producida la legalización del aborto en la Ciudad de

México, mostró que carecían de conocimiento adecuado sobre el marco legal, así como sobre el uso de protocolos de atención efectivos, lo cual incidía en la calidad de la atención (13). La falta de conocimiento de la legislación sobre el aborto que mostraron los profesionales de otro estudio (14), es reconocida como una barrera para que las mujeres accedan a los servicios, aun cuando la ley lo permita. Según los autores es impostergable que a la par de disponer de leyes menos restrictivas, se logre que los profesionales de la salud las conozcan y que estén dispuestos a recibir capacitación y entrenamiento para ofrecer los servicios (14). Otro estudio mexicano (15), realizado en la Ciudad de México muestra que los profesionales, en particular enfermeras y trabajadoras sociales, consideraron justificable solicitar servicios de aborto solo en casos extremos, a pesar que el marco legal promueve el respeto y protección de la decisión de las mujeres. La objeción de conciencia prevaleció entre el personal de salud de ingreso reciente a los servicios, lo cual podría atribuirse al desconocimiento sobre los lineamientos legales y técnicos del programa de interrupción legal del embarazo. El estudio reporta las opiniones ambivalentes de los profesionales sobre el derecho de las mujeres a decidir la interrupción de un embarazo, a pesar del marco legal que lo habilita (15). Resultados similares aporta otro estudio realizado poco tiempo después de comenzarse a instrumentar los servicios de aborto legal en la Ciudad de México.

En ese mismo contexto, otra investigación analizó la legalidad del aborto y su influencia en la disminución de las resistencias del personal médico. Según la autora, si bien la ley ha favorecido posturas de mayor aceptación por parte de los profesionales médicos, por sí misma no garantizaría la disposición subjetiva para brindar la prestación (16).

En Paraguay, en un contexto legal restrictivo donde el aborto inducido está penalizado en toda circunstancia, un estudio realizado en 2006 mediante una encuesta a 461 profesionales de la salud de hospitales públicos (médicos/as, licenciados/as en enfermería, auxiliares de enfermería y técnicos), reveló el bajo conocimiento de estos profesionales sobre la ley vigente, en la medida que solo el 45% afirmó que el aborto estaba penalizado en todos los casos (17).

La información técnica que disponen los profesionales para atender a mujeres en situación de aborto es considerada un aspecto relevante para asegurar la prestación de servicios de calidad. Un estudio con alumnos/as de medicina del último año de formación en São Paulo (Brasil), exploró el conocimiento sobre aspectos técnicos relacionados con el aborto médico y el uso de *misoprostol*. La mayoría reportó haber escuchado sobre el *misoprostol* para la interrupción del embarazo, asimismo manifestó tener información acerca de cómo usarlo, si bien menos de uno cada diez encuestados dio cuenta de conocimiento satisfactorio sobre sus usos y efectos. Pocos estudiantes habían escuchado sobre el *mifepristone* (medicación no disponible en los servicios de salud en Brasil). Con base en estos resultados, los autores concluyen en la urgente necesidad de revisar y actualizar los planes de estudios en medicina,

incluida la formación sobre aborto médico que se brinda en los hospitales donde se provee (18). Mientras tanto, otro estudio con estudiantes de medicina en Brasil, observó que si bien estos disponían de conocimiento técnico y legal, la principal barrera parecía estar relacionada con el plano de las actitudes discriminatorias hacia las mujeres y la falta de humanización de la asistencia, influenciada por preceptos morales y religiosos. En este sentido, los autores consideran necesario que las escuelas médicas ofrezcan condiciones básicas para la formación integral profesional, mediante la articulación de conocimientos técnicos, destrezas y habilidades y promoción de actitudes acordes a las demandas de atención de las mujeres (11).

Un estudio reporta que el personal de enfermería en Campina Grande (Brasil), evidenció falta de preparación técnica para atender las situaciones de aborto provocado, siendo este déficit una de las dificultades más importante para la prestación de servicios de atención al aborto, inclusive en los casos previstos en la ley (9).

El déficit en la formación profesional para trabajar con las mujeres en situación de aborto, debido al limitado abordaje del tema durante la formación, agravado a su vez por la falta de entrenamiento en el contexto de los servicios de salud, contribuye a la invisibilización de la demanda de atención y a una asistencia inadecuada. La calificación de los profesionales de la salud, asociada a la experiencia profesional, no es suficiente para ampliar la comprensión sobre el aborto legal y favorecer el acceso de las mujeres a las prestaciones (19). En México, estudios reportaron que la mayoría de los profesionales, aun aquellos que ya fueron capacitados, manifestaron necesitar mayor entrenamiento tanto en el aborto médico, como en el aborto quirúrgico (15). Dado el creciente interés en brindar servicios de aborto seguro y el uso prevalente de regímenes inefectivos de abortos médicos y de legrado uterino instrumental, se deberían reforzar los programas de capacitación y el entrenamiento sobre el aborto, en particular a los proveedores privados, así como revisar los planes de estudio de formación médica (15,20).

III.2. Significados y opiniones sobre el aborto y su incidencia en las prácticas profesionales

Varios estudios se focalizan en el estudio de las percepciones, significados y opiniones de los profesionales de la salud sobre aborto —y sobre las mujeres que abortan—, analizando su influencia en la atención que se brinda y en las resistencias a implementar las prestaciones de aborto legal en los países donde está disponible. Un estudio realizado en dos hospitales públicos en Bahía (Brasil) indican que las prácticas clínicas de los médicos se ven afectadas por la criminalización del aborto y el miedo a ser denunciados, por el estigma social del aborto, debido a la falta de entrenamiento y formación adecuados y a las representaciones estereotipadas de género (21). Según este estudio, factores asociados a las

creencias y valores religiosos, el malestar subjetivo que produce un acto asociado con la interrupción de la vida y el temor a la banalización del aborto y a su incremento en caso de ser legalizado, son barreras para la provisión de servicios. Mientras que los principales factores asociados con posturas liberales en relación con la legalización son la edad (los más jóvenes y los de mayor edad, se presentan más proclives), la experiencia profesional frente a situaciones de mortalidad materna por aborto y la experiencia previa con abortos legales (21).

En otro estudio, comparando los discursos médicos en Brasil y Polonia, se observó que en ambos contextos la relación de los médicos con el aborto se ve afectada no solo por los preceptos religiosos sobre los derechos reproductivos, sino por la incidencia de una inadecuada formación médica y el temor al estigma (22). El estigma y la deshonra profesional, son reportados también como factores que afectan e inhiben la práctica médica frente al aborto por violación en Brasil (6).

Las concepciones tradicionales de género relacionadas con la heteronomía de la mujer, el culpar y responsabilizar a la mujer por sus decisiones sexuales y reproductivas, así como los valores religiosos sobre la sacralidad de la vida, la independencia del feto y el aborto como homicidio, forman parte del repertorio de significados y apreciaciones que reporta un estudio cualitativo realizado en Brasil (23). En menor medida, otros constructos relacionados con la perspectiva de derechos, la reducción de riesgos y daños y el reconocimiento de la autonomía de las mujeres, también fueron registrados. Los autores observan que aunque se tenga una legislación menos restrictiva sobre aborto y normas técnicas para la atención humanizada, la discusión no se puede limitar a las dimensiones éticas y legales, sino que se deben considerar los factores asociados a las creencias y significados, que orientan la actuación profesional tanto en el cuidado de la salud de las mujeres, como en la interpretación de sus derechos (23). En consonancia con esta perspectiva, otro estudio analiza las representaciones sobre la violación y acerca de las víctimas, en las que se basan los discursos y actitudes de los profesionales de la salud y su relación con el acceso de las mujeres al aborto legal por esta causa en Brasil (38).

Una revisión realizada en Brasil reporta la existencia de estudios que otorgan relevancia a la dimensión subjetiva del profesional y su influencia en la práctica, en particular debido a la exposición psicoafectiva que implica atender a diario situaciones de aborto, lo cual junto con ambivalencias en el plano moral y opiniones desfavorables, derivaría en una atención deficiente tanto desde el punto de vista ético como desde el psicoemocional. Los profesionales de la salud no estarían preparados para sostener emocionalmente a las mujeres en situación de aborto, siendo necesario que su capacitación no se limite a la formación técnico-académica (5). Conclusiones similares aportan otros estudios al recomendar que se requiere de una mayor preparación psicológica del personal médico y de enfermería para atender a mujeres en situación de aborto, así como del trabajo en conjunto con psicólogos y la conformación

de equipos interdisciplinarios, como estrategia de fortalecimiento de la calidad de atención (24,25,37). Un estudio realizado en Uruguay, previo a la legalización del aborto, analizó el peso que tiene el factor subjetivo en la acción técnico-profesional, en la articulación persona-rol profesional. Se observó que el campo sanitario habilita condiciones para que se produzcan intervenciones moralizantes desde las acciones revestidas de autoridad técnica (26). La experiencia de haber vivido personalmente un aborto, o haber participado de esa situación, es un factor que influye en posturas más empáticas y flexibles frente al tema (27).

Por su parte, estudios realizados con trabajadores sociales y con enfermeras en Brasil, analizan la incidencia de la ambivalencia frente al aborto en la atención que se brinda, observando que se producen sentimientos de rechazo con las mujeres o prácticas discriminatorias y predominantemente técnicas, ignorando los efectos de sus actitudes y exponiendo a las mujeres al riesgo de abortos inseguros (7,8,9,28). En el caso de trabajadores sociales, se evidenciaron actitudes resistentes para garantizar el acceso a los servicios de aborto previstos en el Código Penal y más aún, para aquellos casos que no se enmarcan en la ley vigente. La calidad de la intervención profesional se ve afectada por la inseguridad y el desconocimiento de las normativas profesionales, por las características y valores de cada profesional, las creencias religiosas y las concepciones morales, y por las directrices de cada institución donde el profesional se desempeña (8).

En cuanto al personal de enfermería, las investigaciones coinciden en afirmar que predominan actitudes de rabia, discriminación, condena y prejuicios, hacia las mujeres que abortan (7,9,28). Se observa en las prácticas de este grupo profesional un abordaje tecnicista del cuidado, junto con significados que asocian el cuidado con una acción solidaria y no con un derecho humano (9). En concordancia con estos resultados, otros estudios señalan las actitudes de discriminación, juzgamiento, y preconcepción, en la asistencia prestada por los profesionales, prefiriendo la atención a mujeres embarazadas y púerperas (6,7,12,27,36).

Un estudio realizado en Jamaica, reportó que la amplia mayoría afirma no tener objeciones morales para realizar el procedimiento, si bien entienden que a mayor disponibilidad y permisibilidad del aborto se podría producir un incremento del mismo y una disminución en el uso de métodos anticonceptivos (29). Otro estudio realizado en Argentina en 2010 con médicos de cuidados críticos reportó una alta aceptación del aborto en situaciones excluidas en la ley actual, así como también apoyo general al aborto antes de las 12 semanas de gestación (32).

Si bien el factor religioso es reportado en diversas investigaciones (7,8,12,16,17, 19,22,27,30), solo un artículo presenta resultados de un estudio que abordó específicamente el papel de la religión (31). Todos

son coincidentes en afirmar el peso de la religión en las percepciones, representaciones y actitudes de los profesionales frente al aborto. La disposición de proveer un aborto legal o de ayudar a una paciente o una mujer de la propia familia a obtener un aborto no previsto por la ley, es significativamente menor entre los médicos religiosos (31). En general, los médicos se sienten incómodos en atender una solicitud de aborto, aún permitido si está por la ley, debido a sus valores morales y religiosos (31,26,34). Inclusive cuando los profesionales no están directamente vinculados a una religión, los profesionales parecen reproducir conceptos y posturas de la religión dominante en el país (31).

La decisión del médico de practicar un aborto no depende solamente del conocimiento de las leyes vigentes sino de otros elementos como sus actitudes y valores morales. La aceptación del aborto está relacionada con las percepciones y representaciones sobre las mujeres que abortan. Un estudio realizado en México, señala que la aceptación en los profesionales es notoriamente mayor en aquellas circunstancias que están más alejadas de la voluntad de la mujer y de su decisión autónoma de terminar con un embarazo (14). Para la mayoría de los/as ginecobstetras, uno de los principales desafíos es resolver los propios dilemas morales respecto al aborto (30). La percepción de que el aborto produce un trauma psíquico de efectos duraderos en las mujeres fue observada en uno de los estudios, si bien ello no afectaría la aceptación de la práctica, pero sí las apreciaciones sobre las mujeres que abortan (26). Se señala que la aceptación del aborto descende cuando este es reiterado (30), o cuando la mujer no acude a la anticoncepción postaborto (14,15,30). La aceptación aumenta cuando la mujer es de nivel socioeconómico bajo (14).

La literatura reporta menor resistencia en los profesionales respecto al aborto médico en comparación con el aborto quirúrgico. En el caso mexicano, la disponibilidad de aborto médico en los servicios de salud contribuyó a minimizar resistencias, así como a una relación menos autoritaria de los profesionales con las usuarias (15,16,30). En un estudio de ese país, los profesionales manifestaron opiniones favorables a la incorporación del aborto médico en las prestaciones de los servicios ya la provisión de servicios de aborto legal con equipos especializados en centros del primer nivel, en comparación con la atención en hospitales generales. Según los profesionales, ello redundaría en mejorar la calidad de la atención, evitar problemas relacionados con la objeción de conciencia y en favorecer una menor carga laboral en los hospitales (30).

Un estudio realizado en Brasil con ginecobstetras, permitió evidenciar que la atención a mujeres con embarazos de fetos con anencefalia, era una experiencia cotidiana en los servicios de salud y que la exigencia de autorización judicial para proceder a interrumpir ese embarazo, era una barrera para el acceso (35).

Algunos estudios reportan cambios positivos en las percepciones y actitudes de los profesionales luego de haber participado en programas de entrenamiento sobre aborto (15,27,33,34). Varios estudios concluyen que es necesario reforzar los programas de capacitación y entrenamiento de médicos y de residentes como estrategia para asegurar el acceso a los servicios (13,20). Sin embargo, una investigación basada en el análisis de dispositivos de enseñanza médica, observó que la discusión y transmisión de conocimiento no es garantía de un proceso de reflexión y de transformación de las opiniones y prácticas de los/as profesionales frente al aborto (27). Otros estudios aportan resultados coincidentes (11,37).

IV. Discusión

Los resultados de investigaciones generadas en los últimos cinco años se enfocan fundamentalmente, en identificar las barreras que operan desde los profesionales de la salud para limitar el acceso al aborto seguro en las mujeres. En particular, se destaca el déficit de conocimiento sobre los marcos normativos que regulan las prácticas del aborto en los distintos contextos y sobre aspectos técnicos relacionados con el aborto médico. Los investigadores coinciden en afirmar que disponer de conocimiento legal y técnico, es condición para el involucramiento de los profesionales pero que no resuelve per se la aceptación del aborto ni una atención de calidad. Los estudios ofrecen indicios sobre las barreras culturales, subjetivas, ideológicas y religiosas que se ponen en juego en las prácticas profesionales, sin embargo, no se ofrecen interpretaciones teóricas más robustas que permitan comprender y explicar por qué y cómo operan estos factores que se registran empíricamente.

La disponibilidad de estudios generales sobre profesionales de la salud y otros actores de la prestación de servicios aún son insuficientes. Las investigaciones se han concentrado mayormente en el sector médico, registrándose algunas pocas sobre personal de enfermería y siendo casi inexistentes los datos sobre trabajadores sociales y psicólogos. Las pocas investigaciones publicadas sobre profesionales no médicos son fundamentalmente de tipo cualitativo y con muestras pequeñas y dado su carácter exploratorio, no es posible determinar la distribución de sus opiniones, conocimientos y prácticas en función de diferentes variables. Al respecto, parece importante construir instrumentos estandarizados, confiables y validados que puedan usarse con este propósito.

Desde el punto de vista teórico-metodológico, los estudios que se han desarrollado son en esencia, de tipo descriptivo y exploratorio, ya sean con base en diseños cualitativos o cuantitativos. Son escasas aquellas de tipo explicativo o que ofrezcan interpretaciones y nuevas hipótesis de trabajo, así como aquellas que promuevan la construcción de nuevos problemas de investigación, empíricos o teóricos.

Los estudios parecen coincidir en que los profesionales médicos y de enfermería tienen actitudes ambivalentes frente al aborto, debido a que los interpela y los enfrenta a cuestiones morales conflictivas y contradictorias. Si bien, la mayoría de los profesionales manifiesta opiniones favorables al considerar que el aborto es un hecho moralmente justificable en determinadas circunstancias, pocos estarían preparados para intervenir profesionalmente en estas situaciones. Las investigaciones enfatizan la relevancia de la formación profesional integral y sugieren que la mera transmisión de conocimientos legales y técnicos no garantiza posiciones de mayor aceptación frente al aborto, ni a prácticas basadas en el reconocimiento y respeto por los derechos de las mujeres. A pesar de adjudicarle relevancia a la formación profesional, no se registra producción científica que identifique condiciones, facilidades y barreras para la modificación de la *currícula* de formación universitaria. A su vez, son escasas las publicaciones que ofrecen evidencias empíricas sobre dispositivos pedagógicos de entrenamiento a profesionales y sus resultados.

Pocos estudios exploran la relación entre profesionales de la salud y aborto en un contexto más amplio, relacionado con los derechos y la salud sexual y reproductiva. El cambio de paradigma que promovió la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, 1994) –y que se tradujo en distintos países en la concreción de políticas de salud sexual y reproductiva, definidas desde un enfoque de derechos–, debiera integrarse en el estudio de los esquemas de percepción, apreciaciones y opiniones de los profesionales sobre el aborto. Ello podría alumbrar la compleja vinculación, determinación y afectación mutua que tienen los distintos niveles implicados en el proceso de la política: su definición, su implementación y organización en los servicios de salud y su incorporación en las prácticas profesionales. Por ejemplo, la coexistencia de políticas y programas de salud que reconozcan los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos, junto con marcos jurídicos que criminalicen el aborto –tal como sucede en varios de los países de la región–, podría ser un factor relevante para comprender las actitudes de los profesionales frente al aborto.

En los últimos años en la región, debido al creciente debate social y político sobre el aborto, este pasó de ser un asunto silenciado dentro y fuera de los consultorios, a transformarse en un tema para las políticas de salud pública. Los estudios muestran que el aborto voluntario es percibido por algunos profesionales como una decisión legítima de las mujeres, aun cuando los marcos jurídicos lo criminalicen o le impongan restricciones a la intervención profesional. Al mismo tiempo, en otros profesionales se observó rechazo y no aceptación. La compleja relación entre (i) legalidad e (ii) legitimidad, se hace presente en el campo de las prácticas profesionales, no solo en aquellos contextos donde el aborto es legal, generando controversias y contradicciones. Esta constatación podría explicar la baja implementación de los protocolos técnicos y normativas sobre aborto legal o de prevención de abortos inseguros, aun cuando estos sean conocidos por los profesionales.

Los expertos enuncian la disputa simbólica respecto del cuerpo, las sexualidades, la autonomía de las mujeres y el aborto. La hegemonía de la perspectiva biomédica y de una visión tradicional de género en el campo sanitario, interfiere en el logro de la salud integral, el respeto por los derechos, la cooperación, el diálogo interdisciplinario y la complementariedad del trabajo en equipo de salud, que postula el enfoque de la salud sexual y reproductiva. La (no) aceptación del aborto por parte de los profesionales podría estar atravesada también por estas cuestiones de índole institucional.

Un asunto especialmente crítico por sus efectos directos en el acceso al aborto legal, es la relación de los profesionales con la objeción de conciencia, la cual es registrada en las investigaciones pero de manera general. Se necesitan conocer con mayor profundidad y en distintos contextos los factores (culturales, subjetivos, morales, religiosos), que inciden en la adhesión y en la adopción de este mecanismo por parte de los profesionales médicos, así como las apreciaciones de otros grupos profesionales directamente implicados en la atención de las mujeres.

Las evidencias son coincidentes en afirmar que las resistencias de los profesionales se concentran en el plano de las convicciones morales, los sistemas de valores, los estereotipos y las preconcepciones construidos socialmente e incorporados subjetivamente. Las mujeres que abortan muchas veces son responsabilizadas por sus conductas, activándose contra ellas lo que Irving Zola definió como “*batalla moral*” (40). Podría decirse que algunos profesionales estructuran un tipo de acción técnico-moral-dependiente (41), que es iatrogénica por los efectos de culpa que genera. En este sentido, analizar cómo se define o se construye el objeto de intervención profesional, es relevante para comprender algunas de las evidencias que se reportan. La consideración del embarazo-maternidad como “hecho natural” y el aborto-no deseo de hijo como su contracara, “práctica antinatural”, es un ejemplo en ese sentido.

Los estudios aportan información sobre el factor subjetivo implicado en las prácticas profesionales. La relación entre lo personal y lo profesional puede ser considerada un factor clave de las prácticas profesionales. Las reacciones emocionales frente a las mujeres que abortan el temor a ser estigmatizados, los propios ideales y trayectorias reproductivas, los modelos mentales desde los cuales sienten, piensan y actúan profesionalmente, entre otros aspectos, podrían considerarse dimensiones a ser estudiadas para comprender mejor cómo opera la subjetividad en las opiniones, postura y acción profesional. En este sentido, si bien los estudios ofrecen información sobre la relación entre significados, creencias y opiniones, no se dispone de estudios que analicen cómo se traducen en intervenciones técnico-profesionales, más allá de los niveles de aceptación o no del aborto. Por ejemplo, se carece de estudios relacionados con el asesoramiento o consejería profesional a mujeres que experimentan embarazos no deseados y abortos, cuestión que debería merecer especial atención dado que son dispositivos ampliamente recomendados en las políticas públicas. El uso del término *consejería*

para designar este tipo de acciones técnico-profesionales, adoptado por organismos y organizaciones internacionales que trabajan en el campo de la salud sexual y reproductiva, habilita –desde el propio uso del término–, un tipo de intervención que se caracteriza fundamentalmente por su dependencia moral del sistema de valores del profesional, quien actúa con base en *consejos* profesionales, no necesariamente enmarcados en un enfoque de derechos humanos. Sería importante generar conocimiento sobre la implementación de estos dispositivos en los servicios de salud, los significados asociados tanto en profesionales como en mujeres y su incidencia en los comportamientos y decisiones reproductivas de las mujeres.

Por último, los cambios que se registraron en la región en las prácticas de aborto a través del uso de medicamentos, marcó un antes y un después en la construcción del aborto como objeto de intervención profesional, así como en la relación con las mujeres que deciden abortar. Progresivamente el aborto quirúrgico fue desplazado por el aborto con medicamento y se comenzaron a construir nuevas modalidades de gestión del aborto inducido para las mujeres. Parecería que para la mayoría de los médicos, el aborto con medicamento es vivido como un evento menos exigente desde el punto de vista técnico, emocional e incluso moral, a diferencia de lo que sucede con el aborto quirúrgico. Sin embargo, este podría exigir mayor protagonismo a las otras profesiones, en particular aquellas “feminizadas”, relacionadas con los cuidados. Este punto es interesante si se lo considera un indicio del proceso de desmedicalización del aborto y de su construcción como campo de intervención para otras profesiones de la salud.

V. Conclusión

La revisión que aquí presentamos permite analizar las luces y las sombras en los avances de la investigación sobre profesionales y aborto en América Latina y el Caribe. La concentración de las publicaciones en unos pocos países es, en sí mismo, un asunto crítico que amerita el desarrollo de estrategias específicas para incentivar la comunicación científica, en medios arbitrados e indexados, de las investigaciones que se llevan a cabo en distintos contextos. Tan importante como producir nuevas evidencias, es divulgarlas a través de múltiples canales y medios, de modo de enlazar de manera virtuosa conocimiento, acción social, política pública e intervención profesional. En este sentido, la publicación científica debe ser un objetivo estratégico y prioritario para los actores que trabajan por el acceso al aborto seguro en los países de la región. Los resultados que ofrecen los estudios publicados son un insumo valioso para orientar el desarrollo de investigación en distintos países, pero no son suficientes para ilustrar la realidad de los profesionales frente al aborto en el conjunto de la región.

Las prácticas profesionales consideradas como prácticas sociales específicas e históricamente situadas son un analizador de los pactos, disputas y conflictos que se registran en el campo social más amplio. Colocar el foco de la investigación en los profesionales de la salud frente al aborto, permite evidenciar algunas de las dimensiones implicadas en el proceso de construcción del aborto como objeto de intervención profesional y de las mujeres que abortan como sujetos de derechos, de allí su relevancia para el acceso al aborto seguro en las mujeres. Siguiendo a Bourdieu (42), podría considerarse que los profesionales incorporan tempranamente un *habitus* en la formación profesional, mediante la adquisición de un lenguaje verbal y paraverbal que los identifica como parte de un corpus profesional, el cual recrean y reproducen a través de sus prácticas. De allí la relevancia de estudiar los dispositivos de formación profesional para identificar las posibilidades y requerimientos para la transformación de la *currícula* y los programas de entrenamiento en salud.

Es importante ampliar la mira hacia los distintos grupos profesionales, de los cuales se carece de investigación específica y disponer de conocimiento sobre el trabajo en equipos interdisciplinarios en la atención a mujeres en situación de aborto, en la medida que, crecientemente, los servicios de salud de aborto legal y de prevención de aborto inseguro se sostienen en equipos de salud multiprofesionales.

Algunos problemas de investigación comienzan a ser esbozados, como el peso del estigma del aborto en las prácticas profesionales, por lo cual es necesario amplificar y profundizar en su tratamiento, incluida la generación de instrumentos culturalmente adaptados para su estudio en diversos contextos. Otros asuntos han estado ausentes en la investigación disponible, entre otros, cómo viven, qué piensan y cómo actúan los profesionales con respecto al aborto en el segundo trimestre de gestación o sus actitudes frente a las adolescentes.

Podemos concluir señalando que la relación entre servicios de salud y mujeres en situación de aborto –relación mediada por el encuentro con los/as profesionales de la salud– es un *locus* privilegiado de investigación, que permite monitorear y evaluar las posibilidades, dificultades y resistencias que encuentra la agenda de género y derechos sexuales y reproductivos en el campo sanitario.

El terreno de la investigación sobre profesionales y aborto en América Latina y el Caribe, está interpelado a tener una discusión sustantiva sobre las evidencias acumuladas y sobre los vacíos de conocimiento, a modo de orientar con mayor claridad las urgencias y prioridades de investigación. Para ello será necesario analizar críticamente la construcción de los problemas de investigación, los enfoques teórico-metodológicos que orientan la interpretación de los datos y los contextos en los cuales son producidos. Tal vez allí radica uno de los mayores retos para la investigación, el de construir un escenario en que los productores de conocimiento y quienes hacen uso de ellos, puedan analizar,

en conjunto, las demandas y necesidades de conocimiento que se requiere para avanzar en servicios accesibles de aborto legal y seguro y en prácticas profesionales comprometidas con el respeto de los derechos de las mujeres.

VI. Referencias

1. Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, y Sedgh G. Abortion worldwide: a decade of uneven progress [Internet]. New York: Guttmacher Institute; 2009. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/pubs/Abortion-Worldwide.pdf>.
2. de Francisco, A., Dixon-Mueller, R. y d’Arcangues, C. Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios. Foro Mundial de Investigación para la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2007. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241593334_es.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud [Internet]. 2a ed. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf.
4. Barbosa Cacique D, Passini Junior R, Martins Duarte Osis MJ. Opinions, knowledge, and attitudes of health professionals on induced abortion: a review of Brazilian studies (2001-2011). Saude soc. [Internet]. 2013;22(3):118-137. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/en_23.pdf.
5. Andreazzi Duarte D, de Melo-Almeida MG. Conhecimento dos profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: uma revisão bibliográfica. Rev Baiana Saúde Pública [Internet]. 2010;34(2):279-287. Disponible en: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/34/34>.
6. Diniz D, Madeiro A, Rosas C. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: A study among physicians in Brazil. Reprod Health Matters [Internet]. 2014;22(43):141-148. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)43754-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(14)43754-6).
7. Guerra Benute GR, Nonnenmacher D, Yamamoto Nomura RM, Souza de Lucia MC, Zugaib M. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2012;34(2):69-73. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a05v34n2.pdf>.
8. Lolatto S y Kleba Lisboa T. Profissionais de serviço social frente à questão do aborto – a ética em debate. Bagoas [Internet]. 2013;7(9):65-85. Disponible en: <http://www.periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/4656>.
9. Cidney da Silva Soares M, Évila de Oliveira Freitas V, Ribeiro Cunha AR, Simôa Almeida JL, Ramos Medeiros Souto CM, Arruda Dantas R. Práticas de enfermagem na atenção às mulheres em situação de abortamento. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [Internet]. 2012;13(1):140-146. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=324027980016#>.

10. Dias de Medeiros R, Dantas de Azevedo G, Almeida de Oliveira EA, Aires Araújo F, Benigno Cavalcanti FJ, Lucena de Araújo G, *et al.* Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2012;34(1):16-21. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
11. Santos Pereira Darzé OI, Gonçalves Azevêdo BK. Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* [Internet]. 2014 enero [citado 2015 abril 08];36(1):5-9. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000100005&lng=en.
12. Almeida Figueira da Silva L, Borgato Cappo Bianco MH. Perfil de graduandos de medicina e enfermagem e posicionamento dos mesmos em relação ao aborto induzido. *Salusvita* [Internet]. 2009;28(3):245-255. Disponible en: http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v28_n3_2009_art_04.pdf.
13. Dayananda I, Walker D, Atienzo EE, Haider S. Abortion practice in Mexico: A survey of health care providers. *Contraception* [Internet]. 2012;85(3):304-310. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2011.07.011>.
14. García-Núñez NN, Atienzo EE, Dayananda I, Walker D. Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en México. *Salud Colectiva* [Internet]. 2013 mayo-agosto;9(2):235-246. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v9n2/v9n2a08.pdf>.
15. Díaz-Olavarrieta C, Cravioto VM, Villalobos A, Deeb-Sossa N, García L, Garcia SG. El Programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México: experiencias del personal de salud. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2012;32(6):399-404. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n6/a02v32n6>.
16. Lamas M. Entre el estigma y la ley. La interrupción legal del embarazo en el DF. *Salud pública Méx* [Internet]. 2014;56(1):56-62. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342014000100008&script=sci_arttext.
17. Rivarola Espinoza JM. Conocimientos y actitudes de los profesionales de la salud, sobre el aborto inducido en Paraguay. *An. Fac. Cienc. Méd* [Internet]. 2010;XLIII(1):35-46. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v43n1/v43n1a04.pdf>.
18. Gil Fernandes K, Pauperio Soares Camargo R, Alves Duarte G, Faúndes A, Sousa MH, Maia Filho NL, *et al.* Knowledge of medical abortion among Brazilian medical students. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2012;118(Supl 1):S10-S14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.05.004>.

19. Santos Farias R, Fontenele Cavalcanti L. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012;17(7):1755-1763. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
20. Schiavon R, Collado ME, Troncoso E, Soto Sánchez JE, Otero Zorrilla G, Palermo T. Characteristics of private abortion services in Mexico City after legalization. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2010;18(36):127-135. Disponible en: [http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080\(10\)36530-X/abstract](http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080(10)36530-X/abstract).
21. De Zordo S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012;17(7):1745-1754. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
22. De Zordo S, Mishtal J. Physicians and Abortion: Provision, Political Participation and Conflicts on the Ground—The Cases of Brazil and Poland. *Women's Health Issues* [Internet]. 2011;21(Supl 3):S32-S36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2011.01.006>.
23. Borges Wiese IR, Werba Saldanha AA. Aborto induzido na interface da saúde e do direito. *Saúde soc.* [Internet]. 2014;23(2):536-547. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200536&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.
24. Marcantonio Y, Monetti MC, Valdez K. Percepción del personal enfermería frente al aborto inducido [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Facultad de Ciencias Médicas; 2012. Disponible en: http://200.123.150.149/favaloro/bases/Marcantonio_yOtros_ENFERMERIA_8426.pdf.
25. Marcone ML, De Palo VC. El abordaje de la problemática del aborto por parte de un equipo interdisciplinario de un Centro de Salud. *Margen* [Internet]. 2012;(66):1-6. Disponible en: http://www.margen.org/suscri/margen66/12_marcone.pdf.
26. López A, Carril E. Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud. *Psicol Conoc y Soc* [Internet]. 2010;1(2):1-32. Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/40/187>.
27. Lemos A, Russo JA. Profissionais de saúde e o aborto: O dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014;18(49):301-312. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200301&lang=pt.

28. Hoffmann Mortari CL, Martini JG, Vargas MA. Nurses' representations regarding the care of women experiencing unsafe abortion. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012;46(4):909-916. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v46n4/en_19.pdf.
29. Fletcher H, Gordon-Strachan G, McFarlane S, Hamilton P, Frederick JA. Survey of providers' knowledge, opinions, and practices regarding induced abortion in Jamaica. *Int J Gynecol Obstet*. 2011;113(3):183-6. Disponível em: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(11\)00116-0/abstract](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(11)00116-0/abstract).
30. Contreras X, Van Dijk MG, Sanchez T, Sanhueza Smith P. Experiences and Opinions of Health-Care Professionals Regarding Legal Abortion in Mexico City: A Qualitative Study. *Stud Fam Plann* [Internet]. 2011;42(3):183-190. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1728-4465.2011.00280.x/abstract>.
31. Duarte Osis MJ, Faúndes A, Alves Duarte G, Makuch MY. O papel da religiosidade na perspectiva e conduta de ginecologistas brasileiros em relação ao aborto induzido. *Bagoas* [Internet]. 2013;7(9):87-107. Disponível em: <http://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/4657/3813>.
32. Vasquez DN, Das Neves AV, Golubicki JL, Di Marco I, Loudet CI, Roberti JE, *et al.* Critical care providers' opinion on unsafe abortion in Argentina. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2012;116(3):249-252. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.10.030>.
33. Fiol V, Briozzo L, Labandera A, Recchi V, Piñeyro M. Improving care of women at risk of unsafe abortion: Implementing a risk-reduction model at the Uruguayan-Brazilian border. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2012;118(Supl 1):S21-S27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.05.006>.
34. Santos Pereira Darzé OI, Gonçalves Azevêdo BK. Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2014;36(1):5-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n1/0100-7203-rbgo-36-01-00005.pdf>.
35. Diniz D, Penalva J, Faúndes A, Rosas C. A magnitude do aborto por anencefalia: um estudo com médicos. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2009 outubro [citado 2015, abril 08];14(Supl 1):1619-1624. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800035&lng=en.
36. Strefling ISS, Lunardi FWD, Kerber NP, Soares MC, Gomes VL, Vargas E. Comprehensive care in abortion and reproductive counseling to the woman who miscarried: perceptions of nursing. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2013;17(4):698-704. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400698&lng=en.

37. Barbosa ASS, Bobato JAC, Mariutti GM. Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento. Rev. SPAGESP [Internet]. 2012;13(2):44-55. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200006&lng=pt.
38. Diniz D, Canabarro Dios V, Mastrella M, Pereira Madeiro A. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. Rev. Bioét [Internet]. 2014;22(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200011&lng=en&nrm=iso.
39. Silva M, Billings DL, Garcia SG, Lara D. Physicians' agreement with and willingness to provide abortions in the case of pregnancy due to rape in Mexico. Contraception. 2009;79:56-64.
40. Zola, I. La medicina como institución de control social. En de la Cuesta Benjumea C. comp. Salud y Enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999.
41. Schraiber L.B. O médico e sua interações: a crise do vínculo de confiança. São Paulo: Hucitec; 2008.
42. Bourdieu, P. El sentido práctico. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2007.

4. ACTORES POLÍTICOS Y ABORTO

¿Clericales versus anticlericales? Buscando puntos de fuga en el debate político-ideológico

Josefina Brown

Resumen

Este capítulo presenta un estado del arte de los debates político-ideológicos sobre el aborto en América Latina y el Caribe contemporáneos. Para ello se relevaron, sistematizaron y analizaron 77 artículos indexados en 20 bases de datos seleccionadas. Los resultados muestran que el debate pone en relación a los feminismos por un lado y al catolicismo por otro. Mientras el discurso conservador aparece sin fisuras, el progresista se presenta más disputado, interna y externamente. Por tradición y poder, la influencia del primero es mayor que la del segundo, así como también son más sencillas o difíciles las alianzas político-partidarias. El debate implica tres temas complejos: la vida, los derechos humanos y la laicidad. En torno de ellos el debate queda polarizado. Para salir del binarismo se procura por un lado mostrar las diferencias y pluralidades al interior del catolicismo, visibilizar sus desacuerdos internos así como también resaltar la particularidad del catolicismo dentro del campo religioso y, por otro, en el caso de los feminismos se trata de consolidar un discurso articulado por medio de múltiples alianzas con otros movimientos sociales, asociaciones profesionales o partidos políticos. Es preciso ir más allá de los análisis discursivos y argumentativos e indagar el sistema político y de partidos como la trama mayor donde estos debates se dirimen finalmente. Si esto es lo que el análisis sugiere mucho es lo que resta indagar, contrastar y comparar, tanto en relación con los países, las disciplinas como con los marcos teórico-metodológicos.

Palabras clave

Aborto, partidos políticos, feminismos, movimientos sociales, iglesias

I. Introducción

El aborto se instaló progresivamente como objeto de debate público y político en América Latina y el Caribe, a partir de las restauraciones democráticas ocurridas en las últimas décadas del siglo XX y especialmente a raíz de los consensos alcanzados en las Naciones Unidas. Las Conferencias Internacionales sobre la Población y el Desarrollo (1994) y sobre la Mujer (1995), funcionaron como un punto bisagra en relación con las sexualidades, las (no) procreaciones y los derechos de las féminas, al reafirmar los derechos sexuales y reproductivos como derechos de las personas. Aún más, mencionaron al aborto como un grave problema de salud, sobre todo en los países con restricciones legales –como la región latinoamericana–, e impulsaron a tomar medidas al respecto, dados los elevados índices de aborto en condiciones inseguras y las altas tasas de mortalidad materna de la región (1-3).

En ese marco, el derecho al aborto fue puesto en la agenda pública y política por parte de los feminismos demandando su despenalización o su legalización, siendo resistido por parte de la Iglesia Católica, que vio en esta cruzada la oportunidad de unir a sus fieles y sostener tanto su capital simbólico, como político en la región con mayor cantidad de seguidores (1,3). Se desencadenó así una lucha ideológica y política de gran intensidad emocional que ha ocupado la atención política y jurídica de los países de la región durante los últimos cuarenta años, logrando como resultado tanto la ampliación de los derechos, como su restricción. Dentro de los primeros pueden contarse México (Distrito Federal), Uruguay, Colombia, Brasil y Argentina y dentro de los últimos El Salvador y Nicaragua (1-5).

En este capítulo recojo algunos puntos sobresalientes de ese debate y sus actores tal como fue analizado e interpretado y examinado por diversos analistas sociales.

II. Metodología

El capítulo revisa los estudios realizados sobre las posturas ideológico-políticas de actores políticos respecto del aborto en el período 2009-2014, en el contexto de América Latina y el Caribe. Con este fin se relevaron los artículos de revistas académicas indexadas en las siguientes bases de datos: PubMed, LILACS, Latindex, SciELO, CLACSO, Redalyc, JSTOR, CLASE, DOAJ, CIS, Yale, HAPI, Dialnet, Scopus, Cq Press Library, ARTI, MINCyT, Biblat (CLASE y PERIÓDICA), CAPES, WorldCat.^{1,2} El relevamiento se realizó a partir de los siguientes buscadores: aborto; interrupción voluntaria del

.....
¹ Quisiera agradecer a Santiago Cunial quien colaboró en la primera etapa de la búsqueda de las bases de datos así como también parcialmente, en su sistematización.

² Tanto CAPES como MINCyT funcionan como metabuscadores de muchas otras bases de datos a las que se encuentran conectadas, por ejemplo JSTOR, SAGE journals, Project MUSE, etcétera.

embarazo, actores políticos, partido, partido político, movimientos sociales, movimiento de mujeres, política reproductiva, derechos reproductivos, derechos sexuales, políticos, activismo, aborto inducido, ideología, política, feminismo, actores políticos, parlamento, público (y sus acepciones en inglés y portugués). Posteriormente, en los buscadores se filtraron los artículos por sus títulos, palabras clave, resúmenes o texto completo. Una vez realizado este primer filtro, se leyeron las investigaciones en texto completo para determinar su efectiva relación con el tema. En la primera selección quedaron 169 textos. De ellos 163 eran artículos, de los que luego se descartaron aquellos que no cumplieran con el requisito temático o geográfico. Excepcionalmente se incluyeron tres libros electrónicos así como, tres tesis de maestría, correspondientes ambos a análisis de países poco abordados o con estudios novedosos. La selección final se redujo a 77 artículos, tres libros y tres tesis (todos disponibles electrónicamente), que fueron releídos, sistematizados y analizados.

En un principio el material fue ordenado en función de algunas categorías descriptivas tales como: quiénes escriben y desde qué punto de vista, en qué formato y qué metodologías se privilegian. En un segundo momento se ordenó la información en función de cuáles son los temas sobre los que se analizan, cómo se describen a los actores y sus ideologías políticas y cuáles son los modos de plantear el problema, los ejes argumentales del debate, así como la definición de los mayores obstáculos o fortalezas que se evalúan en relación con la despenalización/legalización del aborto.

III. Resultados

Los artículos abarcan a Brasil, Argentina, Uruguay, Ecuador, Venezuela, Colombia, México, Perú, Bolivia, Chile, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica (en forma individual o comparada), aunque la mayoría de los textos se concentran en los tres primeros. Los materiales están escritos en castellano, inglés y portugués. La escritura está feminizada: casi todos los textos pertenecen a plumas de mujeres y están escritos implícita o explícitamente desde perspectivas feministas. El debate es abordado desde las ciencias sociales o las humanas, aunque sobresalen los estudios desde la ciencia de la comunicación, la antropología y la política. En más de la mitad de ellos se trata de descripciones o análisis de procesos políticos sin soporte empírico verificable.³ Para ello, parten de eventos clave o polémicos y focalizan en actores, estrategias, argumentos, ejes del debate y coyuntura interna/externa, con diferentes énfasis de acuerdo con tema o la perspectiva teórico-metodológica. En cuanto a esta última, sobresale el análisis del discurso a la que le siguen desde lejos la teoría de los movimientos sociales, el *framing* (o teoría de los marcos), la etnografía o el método comparativo. En cuanto a la fuente de datos, esta puede ser secundaria si se recurre a textos o documentos legales, judiciales o de las organizaciones sociales,

.....
³ Incluí en esa categoría, aquellos que ni en su resumen ni en el texto apareciera un apartado o mención acerca de la metodología o el uso de fuentes, aunque eventualmente se mencionara de manera aleatoria alguna en el desarrollo del mismo.

estatutos, plataformas o folletos de los partidos políticos, o primaria cuando se recurre a entrevistas de diversos tipos, a informantes clave u a observaciones participantes o no.

El punto de partida de los artículos es un tema o evento decisivo acerca del cual giró el debate en relación con el aborto y su legalización, ya sea en clave histórica o contemporánea, como las reformas constitucionales (6-8), las elecciones en Nicaragua (9-12) o en Brasil (13-15), casos emblemáticos como la sentencia de la corte en Colombia y el *backlash* posterior (11,16), los casos Rosa en Nicaragua (9) y el Paulina en México (17-20), los debates por la legalización del aborto en México 2007-2008 (17-21), y el legislativo en Uruguay en 2008 (22), la discusión por el uso de las células tronco embrionarias, o por el aborto en casos de fetos anencefálicos en Brasil (23-25), así como la propuesta del Tercer Programa Nacional de Derechos Humanos de 2009 (PNDH-3) en Brasil (26,27), entre otros.

III.1. El debate se polariza

Los debates son vistos incluso en relatos históricos de largo alcance (28-30), como una contienda entre dos polos: el progresista y el conservador, cuyos argumentos se retroalimentan en un juego de espejos (2,20,31,32). Al fin de cuentas, el debate contemporáneo se organiza del siguiente modo: en el centro están las mujeres, sus cuerpos y sus fecundidades (2,4,9,19,21), la familia e incluso la forma del Estado a partir del cuestionamiento de su laicidad (6,21,32-34). De un lado quienes desde posiciones feministas más científicas, históricas, ateas, progresistas y modernas, proponen la liberación de las mujeres del mandato de la maternidad, vía el derecho a decidir y la autonomía reproductiva en el marco de la reivindicación de los derechos de ciudadanía, que incluyen el derecho a la individualidad que supone la posibilidad de tomar decisiones morales autónomas sobre ellas mismas, su cuerpo y su fecundidad (31,35-37). Del otro, la Iglesia que bajo el mandato divino, justifica para las mujeres un orden de sujeción a lo que argumenta como su misión natural: reproducir la especie en el marco de una familia monogámica heterosexual (21). El discurso secularizado y remezclado de la Iglesia recoge la lengua madre de los derechos humanos y en su nombre reivindica el derecho a la vida y se autoproclama su guardiana, así como del *orden natural* de las cosas en un mundo inestable y consumista donde la vida podría aparecer como descartable (4,36,38-40). En esa línea se hace eco de la representación central de las mujeres como madres en América Latina —más acá y más allá de cualquier religiosidad—, merced también de los usos políticos de tal función (el argumento para la movilización de las mujeres durante la guerrilla en Nicaragua (9), las Madres de Plaza de Mayo) (11,41). No casualmente el discurso de la maternidad ha sido un gran motor para obtener otros derechos y un gran obstáculo para introducir el del aborto, que implica precisamente la resistencia a la equivalencia entre mujer y madre (35,41,42).

III.2. Ejes del debate

En una escalada antagónica los argumentos se retrucan y refuerzan constantemente pero se ordenan alrededor de algunos ejes o categorías nodales, de los que cada uno de los contrincantes procura apropiarse y entre los que la bibliografía destaca la vida, los derechos humanos y la laicidad.

En relación con el primero, “la cultura de la vida” es la autoidentificación de los conservadores que acusan a sus adversarios de homicidas (18,38,40). A la defensa de la vida del no nacido se opone la defensa de la vida de las mujeres; a la vida fundada en el orden divino se opone la historicidad y la biografía humana; frente al argumento de reparación del daño hecho a las mujeres a quienes se obliga a seguir un embarazo contra su voluntad, se impone la idea de daño al no nacido; ante la autonomía de las mujeres, se opone la autonomía del feto; a la persona en potencia definida desde el punto de cero de unión de los gametos, se opone la teoría gradualista acentuando las diferentes fases por las que pasa hasta que, la subjetivación incluida el feto deviene en persona (25); a la abstracción jurídica del feto, las feministas le contraponen la corporificación del derecho (19,31).

El segundo elemento disputado es el derecho, es decir, quién tiene la hegemonía sobre los derechos humanos. En los inicios de los debates contemporáneos a los derechos humanos de las mujeres reivindicados por el progresismo, la Iglesia les oponía preceptos y valores religiosos, pero con el tiempo fue secularizando su discurso mediante el uso de la ciencia, la bioética y el derecho, para fundamentar sus posiciones religiosas en el espacio público. De modo que al derecho a decidir de las mujeres se le opone el derecho del feto; al derecho al aborto se le opone el derecho a la vida. Todo se justifica en función de derechos contrapuestos, basados todos en los derechos constitucionales y convenciones internacionales.⁴

No obstante, la bibliografía llama la atención en relación con la particularidad que tendrían los derechos humanos en América Latina. De acuerdo con Morgan (39), los derechos humanos en América Latina se encuentran asociados más que a los derechos de ciudadanía liberales, a los derechos sociales y los movimientos por justicia social (en la lucha contra los regímenes represivos) que reivindican los partidos de izquierda o progresistas (9,46). De modo que en nuestra región el derecho a la vida, más que la de los no nacidos resuena como derecho a la aparición con vida (39), aun cuando la Iglesia –al menos en el caso argentino, ya empezaba a circular el derecho de los nacidos a fin de encubrir los asesinatos de la última dictadura de aquel país (29).

Finalmente, como una manera de salir del binarismo y quebrantar el poder político de la Iglesia,

.....

⁴ Un ejemplo interesante de la disputa de los derechos humanos en relación con la historia reciente, ha sido indagado para el caso de Argentina (39,43-45).

se ha vuelto a poner en el espacio público la cuestión de la laicidad de los Estados (3,4,6,9,34,39). En ese sentido, lo que se enfatiza es la separación de la Iglesia y el Estado, resaltando la pluralidad religiosa por un lado y la libertad de conciencia por otro, siempre y cuando la moral particular de la Iglesia no permeé las políticas públicas. Lo que como contrapartida ha resultado en la cooptación del argumento y, vía la defensa de la laicidad y apoyados en defensa de la libertad de conciencia, se impulsa la expresión pública de esa creencia privada. E incluso hay quienes van más lejos arguyendo que los valores religiosos preceden a la formación de los Estados y estarían así, antes de la laicidad (21). Desde los estudios de la religión, en general se entiende que la propuesta de separación Estado-Iglesia no resulta viable o afortunada porque también dejaría fuera del juego político a quienes desde su religión apoyaran las propuestas progresistas (33,39,47). No obstante, la experiencia muestra que los países que han logrado mayores avances en relación con el aborto son los que se autodefinen como más seculares: Uruguay y México (40), aunque en el último caso es más problemático ya que en realidad, los avances solo se dieron en el Distrito Federal, mientras que en 18 de las 31 entidades restantes se produjo una intensa reacción conservadora, apoyada por dos grandes partidos nacionales (4,18,21).

III.3. Actores y estrategias políticas

III.3.1. La hegemonía política y religiosa del catolicismo en la región

Existe coincidencia en señalar que la cuestión del aborto se erigió en un tema polémico desde los años setenta, debido a una serie concatenada de factores entre los que se destacan el fallo de la Suprema Corte de los Estados Unidos en 1973. Ese evento dio lugar a una alianza entre la administración Reagan y el papa polaco, la punta de lanza de la explosiva reacción que produjo y que luego se extendió por el sur del continente americano, reducto, si los hay, de la feligresía católica amén del poder político que la institución supo conquistar en la región (4,9,36,39). Desde entonces, en paralelo con la expansión y la masificación de la segunda ola de los feminismos, también en América Latina "...la Iglesia católica vinculó los temas de sexualidad y reproducción con la contraposición entre "comunistas" y católicos que se vivió en muchos países" (4). Y una vez caído el muro de Berlín, el enemigo común contra el cual la Iglesia uniría sus fieles sería la modernidad en su versión atea y feminista, con la demanda de las mujeres por el derecho a decidir sobre sus propios cuerpos (4,40).

Para ello han llevado a cabo una serie de estrategias que van desde lo internacional a lo regional, para pasar a lo nacional y desde allí a lo más local. Es decir, no solo el catolicismo es la única religión en el mundo con asiento en las Naciones Unidas, sino que además cuenta con un ejército de laicos, que envía a los encuentros paralelos a los debates de las conferencias internacionales para procurar imponer sus

puntos de vistas también allí (4,39).⁵ Simultáneamente, ejerce presión directamente desde los gobiernos aprovechando su vinculación histórica con los Estados, influyendo en la opinión pública (11), medios de comunicación (43),⁶ las escuelas bajo su dirección, las ceremonias religiosas, etcétera (39). Pero además, en aras de ampliar su radio de influencia ha extendido sus redes de modo más reticular, con el fin de penetrar por todos los intersticios posibles, formando a sus fieles y laicos para que intervengan en debates públicos como asambleas o audiencias públicas (39,48), jornadas académicas, así como dentro de los movimientos sociales, como el movimiento de mujeres en Argentina (49-51). Este activismo es también institucional (16,48), formando profesionales capaces de ocupar puestos clave en distintas esferas de los gobiernos, a fin de impedir u obstaculizar cualquier medida considerada por ellos pro aborto. Un caso paradigmático en ese sentido es Colombia (16). También ha comenzado a implementar una nueva estrategia basada en lo que Lamas (4,17,18) llama un blindaje conservador, que consiste llevar a cabo políticas cada vez más localizadas dentro de los Estados, promoviendo a nivel local legislaciones que garanticen el derecho a la vida desde la concepción. Fue ejemplar la medida en México tras la legalización del aborto en el Distrito Federal (DF) aunque no solo allí (21,41,52). En contrapartida, los feminismos han respondido por un lado, con medidas judiciales como el tutelaje en Colombia y en México, promoviendo amparos de las mujeres, también como medida de blindaje (4,17).

Para llevar a cabo su estrategia, la Iglesia cuenta con el apoyo de los partidos conservadores, la Iglesia Evangélica, medios de comunicación, educación, poder territorial y un discurso preciso, coherente y sin fisuras que hace sinergia con el de sentido común (en relación con la defensa de la vida, el realce de la maternidad, etcétera). En definitiva, la oposición es fuerte, está organizada y bien financiada (3,36,39).

Aun visualizando el poder y la hegemonía del catolicismo, tanto dentro como fuera del campo religioso, es preciso reconocer las diferencias internas, lo mismo que ocurre en la tradición evangélica. En esa línea se destacan Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) (37,53) con incidencia en toda América Latina, la Iglesia Universal del Reino de Dios (IURD) (54) en Brasil, o el polo liberacionista de las iglesias evangélicas en Argentina (33,47,50). En el caso de las evangélicas, es preciso añadir que en contraposición con la postura de la Iglesia Católica y como una manera de conquistar al mismo

⁵ Así lo relataba la antropóloga mexicana: “Para la Conferencia de Beijing, la Iglesia modificó su estrategia: ya no más obispos al frente de la delegación. La jerarquía católica decidió pelear con sus propias mujeres. Así, por primera vez en la historia, una delegación vaticana estuvo encabezada por una mujer, Mary Ann Glendon importante jurista estadounidense conocida por sus posturas antiaborto. También por primera vez la delegación estuvo compuesta por más mujeres (14) que hombres (8). Además, el Vaticano impulsó la creación de varias organizaciones no gubernamentales de mujeres que comulgaban (literal y metafóricamente) con la jerarquía católica y que, enviadas por la Santa Sede, se enfrentaron a las feministas en la carpa de ONGen Huairou” (4).

⁶ Los análisis de los medios resaltan el papel que juegan estos en su versión tradicional y cibernética en estas disputas, y destacan que en los últimos tiempos de cierto avance conservador en la región (en lo tocante al aborto), se tienden a decir cosas poco sustanciales, mientras se enfatiza la polarización y la posición contraria a la liberalización aún con excepciones en algunos países (9,11,15,37).

tiempo influencia política y fieles, las iglesias evangélicas promueven la participación política de sus miembros en nombre de la institución, política visible en los casos de Brasil y Argentina que cuentan con legisladores propios (14,15,33). No obstante, la Cámara de Diputados de Brasil tiene una bancada religiosa ocupada por la alianza fundamentalista (40).

III.3.2. Los feminismos, las mujeres en movimiento y la demanda por aborto legal

Desde la teoría de los movimientos sociales o la perspectiva del *framing*, se entiende que las posibilidades de éxito de los feminismos en promover e impulsar sus demandas en los ámbitos legislativos o bien, detener movimientos reactivos depende de: 1) su fuerza interna (estructura, recursos, organización); 2) el régimen del Estado; 3) las características del sistema de partidos; 3) las posibilidades en general para una acción colectiva en los países; 4) la existencia de aliados externos; 5) la capacidad de generar actores institucionales; 6) el modo de definir y argumentar en relación con el tema; es decir, el marco cultural; 7) el modo de leer o crear oportunidades políticas (3,4,11,40,55,56).

Es indudable que las restauraciones democráticas en América Latina y los consensos internacionales de las Conferencias de El Cairo y Beijing, fungieron como grandes oportunidades para poner el tema de los derechos de las mujeres en general, y el aborto en particular, en el debate público y político (11,55). Pero hay otros eventos que pueden resultar, o no, en oportunidades políticas de acuerdo a la historia del país y de la trayectoria de los actores sociales de la disputa, la coyuntura política nacional e internacional, la fuerza de los actores políticos, sus posibilidades de alianza etcétera. Entre ellos se cuenta las crisis sociales y políticas (11,57,58), las reformas constitucionales (que no han resultado propicias) (2,6,8,9,40,59), las elecciones (cuyo desenlace es variable) (9,13,14,16,20,60), o asuntos paradigmáticos como el caso Rosa en Nicaragua (9).

Más allá de las oportunidades políticas, hacen falta movimientos fuertes, sobre todo en países donde no existen actores institucionales o partidos políticos que sostengan la reivindicación del aborto legal. Pero esta fuerza relativa depende a su vez, de cuáles sean los aliados externos con que tal movimiento pueda contar, del discurso y de las estrategias comunicacionales que use, así de cómo se lean las oportunidades políticas, entre otras variables. Es decir que, además de la cantidad de organizaciones y militantes con que cuente o los recursos financieros disponibles, una gran variable es la relación de los feminismos con el movimiento de mujeres, o los movimientos sociales más amplios de cada país (49,56-58), así como la posibilidad de lograr alianzas con asociaciones de médicos, abogados u otros actores (2,11,40,55). En particular, en la relación con otros movimientos sociales o de mujeres, los vínculos en ocasiones no han sido sencillos, ya que se suele poner en juego la vieja tensión entre feminismo e izquierda. Se entiende que los feminismos abogan por la libertad sexual, un reclamo burgués e individualista y la

izquierda por la igualitarista desde una perspectiva proletaria.⁷ La interpretación sería doble: por un lado, que la resolución de los problemas socioeconómicos redundaría naturalmente en una mejora para las condiciones de las mujeres (basada en la teoría de los dos tiempos) y, que la libertad individual que pregonan los feminismos se opone a la libertad social que proponen los partidos de izquierda (46). A ello hay que sumar en las últimas décadas la movilización de las mujeres indígenas, cuyo peso es importante en muchos países y con quienes la división se produce justamente a causa de las posturas distintas en relación con el aborto (8,62). Aun así, ha sido posible lograr consensos y formar coaliciones con otras organizaciones de derechos humanos y movimientos sociales, como en los Encuentros Nacionales de Mujeres en Argentina (49), así como la conformación de redes nacionales o regionales, como la Red de Salud de las Mujeres en Brasil, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto en Argentina o la Campaña 28 de septiembre en América Latina (8,11,55).

En los casos en los que los feminismos logran que partidos políticos (4,17,21), actores críticos (16,40), asociaciones de médicos (22,27), abogados (11-40), u otros movimientos sociales (57,58), apoyen sus propuestas en el marco de estrategias políticas puntuales, como en la conformación de redes temáticas, la fuerza de las demandas aumenta y en el mismo sentido lo hacen sus posibilidades de éxito. En este mismo orden de ideas, varios destacan a Católicas por el Derecho a Decidir como aliadas destacadas, así como algunas otras organizaciones católicas de base, como la Iglesia Luterana en el caso de Costa Rica o ciertos sectores liberacionistas de las Iglesias Evangélicas (33,37,53).

Otro factor relevante que es recogido por diferentes investigaciones, es la definición del marco cultural, es decir, los modos en que realiza la definición del problema y las argumentaciones consecuentes. Como señalan diversas autoras, el discurso de los feminismos ha tendido a dividirse entre las argumentaciones en torno de la salud y la justicia social por un lado, y por otro, un discurso más radicalizado en torno al derecho a decidir de las mujeres y su autonomía reproductiva (36,40,41), por otro. En los últimos años existe una tendencia a una moderación del discurso o de las demandas. Eso incluye el hecho de la nominación del problema. Mientras la alianza conservadora habla de hijo en lugar de feto, de madre en lugar de mujer, de aborto y de muerte de los inocentes, los feminismos hablan de fetos en términos del producto de la concepción o cigoto, la gestante o la mujer, de la “interrupción voluntaria del embarazo,

.....
⁷ Tal es la preocupación por esa tensión, que al menos un par de investigadoras llegadas a ese punto se dedican a demostrar cómo el feminismo no es igual a liberalismo aunque demande libertad y autonomía y que el individualismo que proclaman tampoco es el liberal, sino aquel que entiende que cada quien tiene la potestad moral de tomar las decisiones que juzgue apropiadas para sí y su cuerpo, siempre contextualmente situado (31,40). De hecho, el Stith (46), desde la izquierda crítica la legalización del aborto en México, por considerarlo una demanda liberal y burguesa. Y esta misma antinomia ya había aparecido en 1975 en la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, llevada a cabo en México, en donde se enfatizaba además su carácter imperialista. De acuerdo con el relato, las demandas de las mujeres del sur no tienen que ver con la libertad sexual o el aborto, sino con la justicia social (61).

adelantamiento del parto en casos de fetos anencefálicos o interrupción legal del embarazo y de muerte de las mujeres pobres, sobresaliendo los argumentos en torno al derecho a la salud y a la justicia social (3,22,27,32,34,40,49). Otras estrategias implican incorporar los argumentos contrarios en el propio (la estrategia principal de la Iglesia Católica y sus aliados), al poner en evidencia que el derecho a decidir no se opone al derecho a la vida, lo cual supuso argumentar sobre la salud, la justicia y la autonomía de las mujeres, incluyendo argumentaciones bioéticas sobre el gradualismo de la vida, tanto en sus consideraciones biológicas, como en las éticas, así como enfatizar en la vida digna de las mujeres (25,37,40). Tal corrimiento suele ser beneficioso como lo destaca Lamas (4), porque tiende a evitar la polarización del debate. En el caso de México, la estrategia consistió en poner en el centro del debate la pregunta acerca de quién decide sobre un aborto, en el caso de Uruguay, la argumentación por la salud es lo que destacan como factor clave del éxito (4,22,63).

III.3.3. Los partidos políticos

Finalmente, una pieza importante –como ha aprendido la Iglesia–, son los activistas institucionales o “actores críticos”, ya militantes en puestos clave que defiendan o impulsen las medidas conseguidas o demandadas por los feminismos o los individuos o colectivos, cuya alianza resulte estratégica para el logro de los objetivos, como en el caso de Colombia (16) o de Argentina en 2011 (64). Pero también importan, sobre todo cuando de cambios legales se trata, dos factores de diferente nivel dentro de los límites del poder institucional: la presencia de mujeres en la legislatura y el soporte de los partidos políticos que está formado tanto por la ideología como por la organización partidaria (56). En cuanto a la presencia de mujeres en la legislatura, hay evidencia de que la mayor cantidad de ellas ha aumentado el debate de los temas que preocupan a la mitad de la población de los países, pero no necesariamente ha ocurrido así en relación con el aborto con excepción del caso de la bancada femenina en Uruguay (56,63,65). En cuanto a la organización partidaria e ideológica, resulta más fácil cuando los partidos perduran en el tiempo en función de programas ideológicos claros, como es el caso del bipartidismo en Argentina hasta los ochenta, o los relativos a Brasil, México, Uruguay entre otros (56). Cuando como en el caso argentino, el sistema de partidos se multiplica en una compleja red de alianzas variables, la posibilidad de lograr acuerdos resulta difícil pues todo se vuelve más lábil. En esos casos, el ejecutivo cobra un rol fundamental a la hora de concertar, tal el caso de Argentina para lograr la sanción de la ley de matrimonio para personas del mismo sexo en 2010 o la ley de identidad de género en 2012 (56).

En esa línea, la resistencia a las definiciones de los partidos políticos que podrían jugar favorablemente aumenta (56), ya sea porque existe un riesgo real de pérdida de votos, o bien porque el riesgo percibido es elevado (3,13,15,66). En todos los casos, el temor es el poder político atribuido a la Iglesia Católica y su capacidad de influencia en la opinión pública, en los fieles en tanto votantes, en términos simbólicos

y también con las presiones políticas personales que suelen existir, y que públicamente aparecen como la amenaza de excomunión a quienes se pronuncien favorablemente (9-12,17,21).

Vinculado con lo anterior en América Latina se pone en duda aquella alianza que en los países de Europa había funcionado establemente. Esto es, que los partidos de izquierda o progresistas suelen apoyar las demandas de las mujeres, incluida la de legalización del aborto, mientras que quienes se oponían eran los de derecha o conservadores. En la región eso no ha funcionado sistemáticamente, mucho menos en términos partidarios, con alguna excepción como en México (17). En Nicaragua fue el Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSRN) el que no dudó en pactar con la Iglesia a fin de retomar el poder, lo mismo que en El Salvador protagonizado por el Frente Farabundo Martí de Liberación Nacional (FMLN). La actitud es explicada tanto en términos pragmáticos (los derechos de las mujeres se usan como moneda de cambio en las componendas políticas), como en términos políticos (la izquierda sigue pensando que la libertad sexual es un asunto burgués, imperialista y liberal) (9,13,46). O ambas. Incluso hay quienes sostienen que el meollo por el cual los partidos de izquierda o progresistas no toman posiciones a favor de la legalización, se vincula con el patriarcado que constantemente separa lo público de lo privado, el mundo oficial del oficioso donde acontecen los abortos y las muertes y otras secuelas de su ilegalidad o bien, en función de una hipocresía estructural (3,66).

IV. Discusión

Los trabajos se concentran en unos pocos países: Brasil, Argentina, México, Colombia, Nicaragua Uruguay y Chile. En esas geografías los análisis suelen enfocarse sobre unos pocos nudos clave que dispararon los debates contemporáneos y que produjeron algún cambio de política, o podrían haberlo hecho. Se trata fundamentalmente de análisis desde la comunicación, la teoría de los movimientos sociales o descripciones histórico-políticas del debate entre los dos actores políticos centrales: feminismos y catolicismo. Hay algunos pocos análisis comparativos, también muy acotados. Aun con esas limitaciones es posible amar un panorama del estado de los debates ideológico-políticos sobre el aborto en la región.

Existe una amplia coincidencia en destacar la oportunidad política que supusieron los retornos democráticos en el continente, así como los consensos internacionales que señalan como los actores principales del debate a los feminismos por un lado y a la jerarquía católica por el otro. En ese sentido, se subraya la polarización del debate, aún más a partir de la secularización del discurso religioso. De este modo, parecen prometedoras las líneas que abren exploraciones sobre la pluralidad y las disidencias religiosas por una parte y por otra, aquellas que interrogan sobre las relaciones entre religión y política,

las posibilidades y los límites de un Estado laico en relación con la ciudadanía sexual. Un aspecto que sobresale es el papel que han jugado los tribunales, tanto nacionales como internacionales que podrían pensarse como una pieza clave, ya que parecen permanecer menos permeables a las influencias ideológicas de la Iglesia Católica que otros poderes de los Estados.

Lo que aparece como problemático y en lo que hay menos coincidencias en cómo proceder, es la cuestión del marco cultural, y las alianzas de los feminismos/movimientos de mujeres interna y externamente, particularmente con los partidos políticos. Persiste la tensión entre demandar en términos más moderados o más radicales, entre institucionalizar más o menos los feminismos o mujeres en movimiento, y entre los feminismos y las izquierdas.

Tampoco está clara la cuestión de los eventos que podrían funcionar como oportunidades, ya que parece que tanto en las crisis como en las reformas constitucionales, los casos emblemáticos o las elecciones pueden tener efectos dispares en relación con muchas otras variables implicadas.

En cuanto a cuáles son los mayores obstáculos percibidos, los más se los atribuyen a Iglesia Católica y su enorme poder. Pero también hay quienes perciben la maternidad como representación simbólica de las mujeres o el patriarcado en general, como la mayor barrera. Lo mismo ocurre con los partidos políticos que son vistos como un obstáculo, en tanto se resisten a adoptar definiciones sobre el tema y priorizan su percepción del riesgo político, en detrimento de los derechos de las mujeres a juzgar por las experiencias. Con los partidos de izquierda en particular, las apreciaciones varían de acuerdo al país que se tenga en perspectiva. En el caso de los de México, hay una tendencia a resaltar su papel positivo debido a la experiencia en el Distrito Federal, con el Partido de la Revolución Democrática, así como las experiencias históricas con el Partido Comunista. En cambio, quienes miran a Nicaragua o a Ecuador afirman categóricamente que los partidos de izquierda no son aliados naturales de los derechos de las mujeres, y que no dudarían en usarlos como moneda de cambio en función de sus logros políticos. No obstante, como dije, hay allí pivoteando un problema ideológico antiguo entre libertad e igualdad, entre liberalismo y socialismo y entre izquierda y feminismo, que obtura el diálogo y los encuentros.

V. Conclusión

A partir de la revisión realizada, es evidente la ausencia o escasa información existente en relación con varios países de América Latina como Chile, Costa Rica, El Salvador, Venezuela, Perú, Bolivia, Ecuador y Paraguay entre otros. También son pocas las investigaciones históricas de más largo aliento, los análisis desde la ciencia política más clásica –la perspectiva institucional, de la representación política, los sistemas de gobierno y de partidos o el federalismo–, en relación con la cuestión de la ciudadanía sexual en un sentido amplio y concretamente con el aborto. También son escasos los abordajes sociológicos

desde la sociología historia o política, desde la teoría de las representaciones, las identidades políticas, etcétera. Asimismo, convendría explorar más el funcionamiento de los parlamentos, en términos de obstáculos y posibilidades, así como el de los tribunales. El campo de los feminismos y las mujeres en movimiento merece problematizarse con estudios más exhaustivos que den cuenta de las diferencias y pluralidades internas. Las religiones y su incidencia política merecen un capítulo aparte, vinculado con el debate abierto en torno de la laicidad. Parece deseable seguir buceando en los vínculos entre religión y política, y política religiosa y religiosidad política.

Mucho puede ser explorado en el campo de los debates político-ideológicos en la región, comenzando por análisis locales, nacionales y a nivel región. Serían de gran utilidad los estudios comparados de experiencias positivas o negativas y entre ambas. Finalmente, incorporar resultados provenientes de otros campos de investigación contribuiría a comprender mejor el debate político-ideológico sobre el aborto. Me refiero por un lado al campo de las maternidades y las políticas en su nombre y por el otro, al debate por el medio ambiente, por ejemplo, como otro tema que no es de los tradicionalmente políticos y que, como el aborto, enfrenta derechos.

VI. Referencias

1. Guttmacher Institute [homepage on the Internet]. Nueva York: Guttmacher Institute; 2012. [Actualizado, 2012 enero]. Facts on Induced Abortion Worldwide. Worldwide Incidence and Trends; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.pdf.
2. Baltar da Rocha MI, Rostagnol S y Gutiérrez MA. Aborto y parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina. *Rev. bras. estud. popul.* 2009 julio-diciembre;26(2):219-236.
3. Richardson E y Birn AE. Sexual and reproductive health and rights in Latin America: an analysis of trends, commitments and achievements. *Reprod Health Matters.* 2011;19(38):183-196.
4. Lamas M. Mujeres, aborto e Iglesia católica. *Revista del Colegio de San Luis. Nueva época.* 2012 enero-junio;II(3):42-66.
5. Guttmacher Institute [homepage on the Internet]. Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe; 2012. Disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America-ES.pdf.
6. Huaco Palomino MA. Procesos constituyentes y discursos contra-hegemónicos sobre laicidad, sexualidad y religión: Ecuador, Perú y Bolivia. Buenos Aires: CLACSO; 2013.
7. Maldonado Posso V. Aborto, política y religión en Ecuador: Un análisis filosófico en la coyuntura de la Asamblea Nacional Constituyente 2008 [Tesis de Maestría]. Ecuador: FLACSO; 2009.
8. Rousseau S. Indigenous and feminist movements at the constituent assembly in Bolivia: Locating the Representation of indigenous Women. *Latin American Research Review.* 2001;46(2):5-28.
9. Granelli R. La penalización del aborto en Nicaragua. Una práctica de feminicidio de Estado [Tesis de Maestría]. Granada: Universidad de Granada; 2010-2011.
10. Oettler A. Nicaragua: Ortegismo y feminismo. *Iberoamericana.* 2009;IX(33):178-181.
11. Reuterwärd C, Zetterberg P, Thapar-Björkert, S y Molyneux, M. Abortion Law Reforms in Colombia and Nicaragua: Issue Networks and Opportunities Contexts. *Develop and Change.* 2011 mayo;42(3):805-831.
12. Helgheim R. El transfondo político de la penalización del aborto terapéutico en Nicaragua en 2006, y su relación con los derechos humanos de las mujeres [Tesis de Maestría]. Bergen: Universidad de Bergen; 2009.
13. Campos de Almeida TM y Bandeira LM. O aborto e o uso do corpo feminino na política: a campanha presidencial brasileira em 2010 e seus desdobramentos actuais. *Cad. Pagu.* 2013;41:371-403.

14. Campos Machado MD. Aborto e ativismo religioso nas eleições de 2010. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.* 2012;7:25-54.
15. Luna N. A controvérsia do aborto e a imprensa na campanha eleitoral de 2010. *Cad. CRH.* 2014;27(71):367-391.
16. Rubial A. Movement and counter-movement: a history of abortion law reform and the backlash in Colombia 2006-2014. *Repro Health Matters.* 2014;22(44):42-51.
17. Lamas M. La despenalización del aborto en México. *Nueva Soc.* 2009;220:154-172.
18. Maier E. Discursos, actores y estrategias en la disputa por el significado de la vida y los derechos reproductivos. *Región y Sociedad.* 2010;XXII(49):201-238.
19. Maier E. Disputando la hegemonía de los sentidos culturales. Cuerpos, actores emergentes y nuevas ciudadanía. *Culturales.* 2014 julio-diciembre;II(2):63-79.
20. Maier E. El aborto y la disputa cultural contemporánea en México. *Aljaba.* 2a época 2010;XIV:11-30.
21. Amuchástegui A, Cruz G, Aldaz E y Mejía MC. Política, religión y equidad de género en el México contemporáneo. *Debate Feminista* 2012;23(45):191-214.
22. López Gómez A y Abrancinskas L. El debate social y político sobre la ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Uruguay: UNFPA; 2009.
23. Guedes Ribeiro FR. Aborto por anencefalia na mídia brasileira: análise retórica do debate entre as posições “pro-escolha” e “pró-vida”. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.* 2012;7:83-114.
24. Ferráz dos Anjos K, Cruz Santos V, Souza R y Gonçalves, E. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob perspectiva dos direitos humanos. *Saúde debate.* 2013;37(98):404-515.
25. Luna N. Anencephalic fetuses and research embryos: subjects of rights? *Estud. fem.* 2011;17(2):307-333.
26. Luna N. A Polêmica do Aborto e o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos. *Dados.* 2014 enero-marzo;57(1):237-275.
27. Aldana M y Winckler S. Direitos reprodutivos: debates e disputas sobre o direito ao aborto no contexto da redemocratização do Brasil. *Sequência.* 2009;30(58):167-183.
28. Marinete dos Santos S. Reprodução, sexualidades e poder: as lutas e disputas em torno do aborto e da contracepção no Rio de Janeiro, 1890-1930. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 2012 diciembre;19(4):1241- 1254.

29. Felitti K. Sexualidad y reproducción en la agenda feminista de la segunda ola en la Argentina (1970-1986). *Estudios Sociológicos* 2010;XXVIII(84):791-812.
30. Teresa Rodríguez AM. Nuestra patria está en peligro: las cunas están vacías. *Catolicismo y natalismo en Argentina en los años treinta. Secuencia: Revista de historia y ciencias sociales.* 2009;75:67-95.
31. Zuñiga Añazco Y. Una propuesta de análisis y regulación del aborto en Chile desde el pensamiento feminista. *Ius et Praxis*;2013;19(1):255-300.
32. Gutiérrez Morales IM. Tramas argumentales en el debate legislativo sobre aborto. *Desacatos.* 2013;43:67-84.
33. Jones DE y Carbonelli ME. Evangélicos y derechos sexuales y reproductivos: Actores y lógicas políticas en la Argentina contemporánea. *Ciências Sociais Unisinos.* 2012;48(3):225-234.
34. Luna N. Aborto no Congresso Nacional: o enfrentamento de atores religiosos e feministas em um Estado Laico. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.* 2014;14:83-109.
35. Lamas Encabo M. Maternidad voluntaria y aborto. *Gén Eros.* 2009-2010;16(6):109-122.
36. Birolí F. Autonomia e justiça no debate sobre aborto: implicações teóricas e políticas. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.* 2014;15:37-68.
37. Fuentes Belgrave L. Afirmar la autonomía reproductiva en la disidencia religiosa. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales.* 2013;45:59-74.
38. Vaggione JM. “La cultura de la vida”: Desplazamientos estratégicos del activismo católico conservador frente a los derechos sexuales y reproductivos. *Religião & Sociedade,* 2012;32(2):57-80.
39. Morgan LM. ¿Honrar a Rosa Parks? Intentos de los sectores conservadores a favor de los “derechos” en la América Latina contemporánea. *Sex Salud Soc.* 2014;17:174-197.
40. Rubial A. Feminismo frente a fundamentalismos religiosos: mobilização e contramobilização em torno dos direitos reprodutivos na América Latina. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.* 2014;14:111- 138.
41. Lopreite D. Travelling ideas and domestic policy change: The transnational politics of reproductive rights/health in Argentina. *Global Social Policy.* 2012;12(2):109-128.
42. García G. y Espinosa E. Mujeres y ciudadanía: discursos y representaciones sobre “identidades femeninas” en la historia reciente Argentina. *Iglesia y mujeres en movimiento. Punto Género.* 2011;1:271- 288.

43. Felitti K. Estrategias de comunicación del activismo católico conservador frente al aborto y el matrimonio igualitario en la Argentina. *Soc. relig.* 2011 enero-junio;21(34-5):1-24.
44. Gudiño Bessone P. La disputa por la legalización del aborto en Argentina: los usos políticos del Nunca Más. *Sociedad & Equidad.* 2012;4:165-181.
45. Gudiño Bessone P. Católicos y feministas: conflictos en torno al aborto y “resignificaciones” del pasado reciente. *Aletheia.* 2013;3(6):1-20.
46. Stihl R. La legalización del aborto como cosificación de la mujer. La aportación del feminismo de izquierdas: el aborto en México. La inactividad del feminismo. *Ars Iuris.* 2009;42:193-199.
47. Jones D, Azparren A y Cunial S. Derechos reproductivos y actores religiosos: los evangélicos frente al debate sobre la despenalización del aborto en la Argentina contemporánea (1994-2011). *Espacio Abierto.* 2013;22(1):110-133.
48. Irrabábal G. El derecho al aborto en discusión: la intervención de los grupos católicos en la comisión de salud de la Legislatura de la ciudad de Buenos Aires. *Sociologías.* 2010;12(24):308-336.
49. Sutton B y Borland E. Framing Abortion Rights in Argentina’s Encuentros Nacionales de Mujeres. *Feminist Studies.* 2013;39(1):194- 234.
50. Soler R, Azparren AL, Quintáns A, Melo R y Cunial S. Mujeres, religión y política: organizaciones y activismo político de mujeres evangélicas en la Argentina contemporánea (2000-2010). En Abdo Ferez C, Galvani M, Pierbattisti D y Rodríguez MC, eds. *Nuevos horizontes en la investigación social: artículos seleccionados de las VI Jornadas de Jóvenes Investigadores del Instituto de Investigaciones Gino Germani.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO. 2013; p. 79-98.
51. Carbonelli M, Mosqueira M y Felitti K. Religión, sexualidad y política en la Argentina: intervenciones católicas y evangélicas en torno al aborto y el matrimonio igualitario. *Revista del Centro de Investigación.* Universidad La Salle. 2011;9(36):25-46.
52. Hernández Vicencio T. El Partido Acción Nacional en la lucha por la no despenalización del aborto en el Distrito Federal. *Andamios.* 2011 enero -abril;8(15):367- 396.
53. Gudiño Bessone P. Experiencia, aborto y maternidad en las católicas feministas. *Nómadas.* 2012;34(2):1-15.
54. de Campos Gomez E. “Fé racional” e “Abundância”: família e aborto a partir da ótica da Igreja Universal do Reino de Deus. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana.* 2009;2:97-120.
55. Rein T. El movimiento de mujeres: agentes conductores de la agenda pública. *Estudios Internacionales.* 2011;168:25-49.

56. Loppreite D. Explaining Policy Outcomes in Federal Contexts: The Politics of Reproductive Rights in Argentina and Mexico. *Bull Lat Am Res.* 2014;33(4):389-404.
57. D'Atri A. 2000-2010: una década de luchas feministas. Logros y deudas pendientes con las mujeres latinoamericanas en los albores del siglo XXI. *OSAL (Buenos Aires: CLACSO).* 2011;XII(30):111-124.
58. Di Marco G. El poder de lo colectivo. Los discursos de derechos y la transformación de las identidades feministas en la Argentina post-crisis. *Iberoamericana.* 2010 diciembre;10(40):199-203.
59. Venegas Ahumada CA. El aborto en los países de la subregión andina: discursos, políticas y resistencias. *Aposta - Revista de Ciencias Sociales.* 2013;56:1-45.
60. Viterna J. The “left” and “life” in El Salvador. *Politics and Gender.* 2012;8(2):248-254.
61. Fuentes P. Entre reivindicaciones sexuales y reclamos de justicia económica: divisiones políticas e ideológicas durante la Conferencia Mundial por el Año Internacional de la Mujer: México, 1975. *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales.* 2014;89:161-192.
62. Sciortino S. Violencias relatadas, derechos debatidos y mujeres movilizadas: el aborto en la agenda política de las mujeres indígenas en Argentina. *Caravelle.* 2014;102:87-106.
63. Johnson N. La bancada femenina en Uruguay: un “actor crítico” para la representación sustantiva de las mujeres en el parlamento. *América Latina Hoy.* 2014;66:145-165.
64. Borland E. Storytelling, Identity, and Strategy: Perceiving Shifting Obstacles in the Fight for Abortion Rights in Argentina. *Sociological Perspective.* 2014;57(4):488- 505.
65. Moya MO y Cea X. Conquistar, vigilar y castigar los cuerpos. Consideraciones, tal vez necesarias en torno de la discusión del aborto en Chile. *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico.* 2014;8(2):153-159.
66. Belgrano Rawson M. Ley de matrimonio igualitario y aborto en Argentina: notas sobre una revolución incompleta. *Estudios Feministas.* 2012;20(1):173-188.

5. ABORTO E IGLESIAS

Cuatro focos analíticos en América Latina

José Manuel Morán Faúndes

Resumen

El objetivo de este capítulo es realizar una revisión panorámica de las publicaciones realizadas en América Latina entre 2009 y 2014 sobre aborto e iglesias, identificando los principales lineamientos de investigación, sus hallazgos y los vacíos analíticos que aún persisten. A través de una búsqueda *online* mediante la utilización de diversos motores de búsqueda académicos, así como de una exploración en bases de datos de bibliotecas universitarias, se hallaron 139 publicaciones, la mayoría de ellas (66%) en revistas académicas. Estos trabajos han abordado el binomio aborto-Iglesia focalizándose en cuatro grandes ejes: la incidencia del activismo religioso conservador sobre las políticas de aborto, las (nuevas) iglesias progresistas y la disidencia religiosa, el aborto y la religiosidad de las personas que se identifican con algún credo y los límites entre las políticas religiosas y las políticas de aborto. Se observa un avance progresivo hacia enfoques que asumen la presencia de lo religioso como un fenómeno moderno, así como hacia perspectivas superadoras de los binomios religión-conservadurismo y secular-progresismo. Sin embargo, la fuerte concentración de estudios focalizados en Brasil y Argentina, en detrimento de otras latitudes, así como los vacíos que persisten al momento de profundizar algunos aspectos puntuales de la relación entre el aborto y las iglesias, plantean desafíos para el futuro de la investigación regional.

Palabras clave

Aborto, iglesia, religión, América Latina

I. Introducción

El cuerpo, la sexualidad y la reproducción son terrenos políticos en donde diversos actores se debaten disputando los sentidos de estas superficies, antiguamente circunscritas al ámbito de lo natural y de lo privado. La politización del cuerpo producida por las propuestas feministas y LGBTTI¹ ha impactado de múltiples modos sobre las sociedades, así como sobre los actores que operan en el espacio de lo público. Uno de estos lo constituyen las iglesias. En algunos casos, el ingreso de la sexualidad y la reproducción a los debates políticos actuales generó una pluralización de las posturas religiosas respecto de lo sexual, desenmarcándolas de posturas conservadoras. En otros, por el contrario, implicó una reactivación en la defensa de un modelo tradicional de familia y sexualidad. Esto ha concitado una serie de reflexiones en torno a la pluralización de las religiones y la religiosidad de las personas, a las (renovadas) estrategias y configuraciones de los sectores conservadores religiosos y a los límites normativos entre la religión y las políticas sexuales.

La academia latinoamericana no ha sido ajena a estos debates. Ha sido precisamente sobre la arena del cuerpo, la sexualidad y la reproducción, donde se han podido observar los complejos modos en los que la religión mantiene una influencia directa sobre lo político. Sin embargo, la investigación regional acerca de los cruces entre religión, política y sexualidad es relativamente nueva. Si a finales del siglo XX algunos trabajos iniciaron de manera pionera a analizar estos vínculos, fue recién a partir de la primera década del siglo XXI que se comenzó a dar un renovado impulso a esta área de indagación. Aunque hoy en día es un campo aún en construcción, en la última década han proliferado una serie de análisis que han buscado desentrañar los estos complejos solapamientos.

En este escenario, las disputas en torno al derecho al aborto han constituido uno de los espacios donde la presencia de la religión se ha visto mayormente concentrada. En una región signada por marcos jurídico-normativos diversos en materia de regulación del aborto, así como por múltiples procesos de avances y retrocesos legislativos, las iglesias y especialmente la católica, se han volcado sobre la arena pública para constituirse en actores claves en estos debates.

Tomado esto en consideración, el presente artículo tiene por objetivo construir un estado del arte de las investigaciones publicadas entre 2009 y 2014, acerca del cruce entre aborto e iglesias en América Latina. Para ello, el trabajo se divide en cuatro secciones. La primera de ellas presenta la metodología general utilizada para buscar y recabar la bibliografía sobre la temática, así como las decisiones metodológicas generales. La segunda sección presenta los resultados de la indagación, destacando una primera aproximación general a los estudios sobre aborto e iglesias, para luego abordar las distintas

.....
¹ Refiere a la sigla de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersexuales.

líneas temáticas y focos analíticos que predominan en la región. La tercera sección, en tanto, discute los resultados, identificando las grandes tendencias analíticas que atraviesan a los estudios recabados, así como sus principales focos de controversia. Finalmente, las conclusiones abordan los principales vacíos que aún recorren la investigación latinoamericana sobre el binomio aborto-iglesias, proponiendo algunas líneas de indagación para la agenda académica futura.

II. Metodología

Para construir el corpus de investigaciones analizadas se desarrolló una búsqueda online de trabajos científicos, abordando tres tipos de textos: artículos de revistas científicas, libros académicos y capítulos de compilaciones académicas. Para ello se utilizaron los motores de búsqueda de SciELO, JSTOR, EBSCOhost, PubMed y Redalyc. La búsqueda fue complementada mediante el uso de Google Scholar. Se utilizaron dos series de descriptores de búsqueda, uno sobre aborto y otro sobre iglesias, los cuales fueron combinados de diversos modos entre sí.² Adicionalmente se consultaron las bases de datos y catálogos de la biblioteca de la Universidad Nacional de Córdoba, la Universidad Nacional Autónoma de México y FLACSO. Junto a esto, se recurrió a informantes clave, con el fin de solicitar bibliografía especializada online e impresa.

Los criterios de inclusión seleccionados para realizar la búsqueda bibliográfica consideraron cinco aspectos. El primero de ellos fue el alcance temático. El concepto de “iglesias” tiene múltiples sentidos. En su acepción más restrictiva, refiere a las instituciones eclesiales y sus líderes/esas o jerarquías. Este sentido del término suele esgrimirse para focalizar la atención sobre las prácticas, los discursos y los lineamientos de los/as representantes “oficiales” de cada religión, institucionalizados en torno a un cierto sistema de liderazgos. Sin embargo, en su acepción más amplia, el concepto refiere además, a la comunidad de fieles que adscriben a una determinada religión. La Iglesia queda constituida, en este sentido del término, tanto por las cúpulas eclesiales como por la feligresía. Es este último sentido del concepto el que se tomó en consideración para realizar el presente estudio.

También en lo que concierne al alcance temático, se consideraron solo aquellas investigaciones que abordaron los cruces entre aborto e iglesias como un aspecto central de su objeto de estudio o bien, cuyo desarrollo de estos cruces, aunque secundario, aportó nuevos elementos de relevancia académica

.....
² Los descriptores relacionados directa o indirectamente con aborto fueron: “aborto”, “interrupción del embarazo”, “salud reproductiva”, “derechos reproductivos”, “derechos sexuales y reproductivos”, “reproducción”, “embarazo”, “embarazo no deseado”, “maternidad”. Los descriptores vinculados a las iglesias fueron: “iglesia”, “religión”, “religiosidad”, “católico”, “cristiano”, “evangélico”, “protestante”, “judío”, “iglesia católica”, “iglesia evangélica”, “iglesia protestante”, “pentecostal”, “espiritista”, “conservadurismo religioso”, “activismo religioso”, “fundamentalismo”, “secularismo”, “laicidad”, “Estado laico”. Todos estos descriptores fueron utilizados en español, inglés y portugués.

para el análisis. Se excluyeron así aquellas que solo mencionan estos vínculos de manera accesoria o como un mero antecedente.

El segundo criterio de inclusión se relacionó con el enfoque de investigación o campo disciplinar. Fueron incluidas únicamente publicaciones que fuesen resultado de investigaciones empíricas o teóricas del campo de las ciencias sociales, siguiendo el criterio utilizado por Rosado-Nunes (1) en un trabajo panorámico similar al presente, pero focalizado en Brasil. Así, se excluyeron publicaciones pertenecientes al área de la teología o la filosofía, incluyéndose principalmente indagaciones sociológicas, politológicas y de salud pública, entre otras.

En tercer lugar, se consideró el tipo de publicación. Fueron incluidos dentro del corpus, únicamente los artículos publicados en revistas indexadas en Scopus, JSTOR, PubMed, SciELO, Latindex (Catálogo) y Redalyc, a fin de asegurar una base de calidad científica. Adicionalmente, fueron incluidos libros y capítulos de libros compilatorios sobre la temática en cuestión y que contasen con una perspectiva académica y una base de rigurosidad científica.

El cuarto criterio se asocia al alcance territorial. Se incluyeron publicaciones que abarcasen la relación entre el aborto y las iglesias en países de América Latina, ya sea a nivel subnacional, nacional o regional. En el caso de aquellos trabajos que problematizaron aspectos generales o meramente teórico-conceptuales de esta relación, sin puntualizar una territorialidad específica, se incluyeron solo aquellos publicados por autores/as latinoamericanos/as o que sin ser oriundos/as de la región, presentan una trayectoria de investigación sobre la misma.

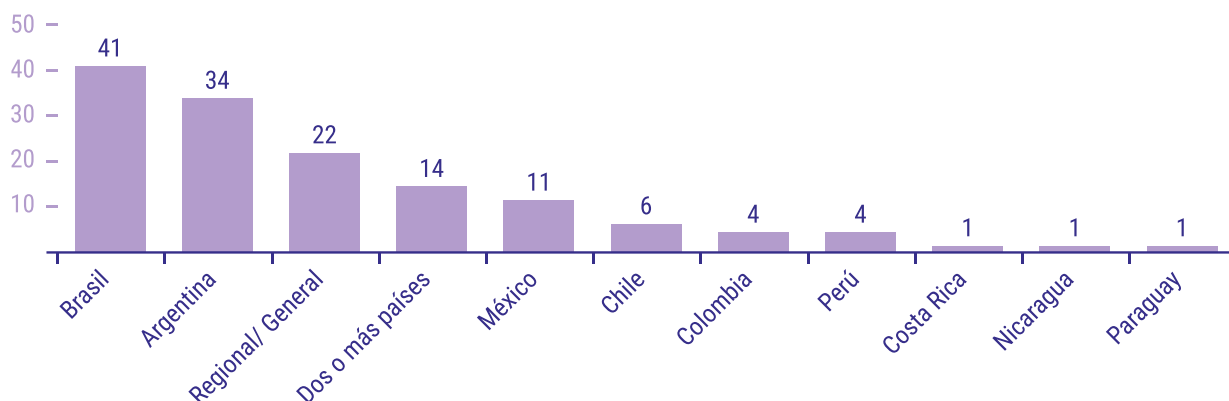
Finalmente, el quinto criterio se relacionó con el año de publicación, incluyéndose solo trabajos publicados en el último sexenio, esto es, entre 2009 y 2014.

III. Resultados

III.1 Consideraciones generales en torno al estado del arte

En total fueron halladas un total de 139 publicaciones entre 2009 y 2014. El 66% de ellas correspondieron a artículos publicados en revistas científicas, el 22% a capítulos en libros y el 12% a libros sobre la temática en cuestión.

Gráfico 1. Publicaciones según país de referencia



En términos del alcance territorial al que hacen alusión los trabajos analizados, existe una fuerte concentración de estudios sobre Brasil (41) y Argentina (34), concentrando entre ambos el 54% del total de la producción regional. Posteriormente fueron hallados 22 trabajos con una perspectiva general sobre el tema, sin especificar países en concreto y 14 publicaciones que se centraron en analizar dos o más casos nacionales, entre ellas Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua y Perú.

Tabla I. Temas abordados por las publicaciones y metodologías utilizadas

	Temas	Núm.	Porcentaje
Temas	Aborto y religiosidad	23	14.7
	Activismo religioso conservador	104	66.7
	Disidencia religiosa e iglesias progresistas	16	10.3
	Límites entre religión y políticas de aborto	12	7.7
	Revisión panorámica	1	0.6
	Total	156*	100.00
Metodologías	Cualitativa	81	58.3
	Cuantitativa	19	13.7
	Cuantitativa/ Cualitativa	3	2.2
	Ensayo/ Teórico	36	25.9
	Total	139	100.00

*El total de publicaciones supera las 139 debido a que algunas de ellas abordan más de un tema

En términos metodológicos, el 58% de las publicaciones sobre aborto e iglesias del último sexenio plantearon sus objetos de estudio mediante abordajes cualitativos, observándose una amplia variedad de enfoques (entre ellos, la etnografía, el análisis de discurso, métodos biográficos, etcétera) y de fuentes (entrevistas en profundidad, prensa, escritos judiciales y documentos históricos, entre otros). Solo un 14% presentó encuadres metodológicos cuantitativos, recurriendo mayoritariamente a la técnica de la encuesta para recolectar datos. En tanto, un 2% combinó ambos métodos, y 26% se constituyó por ensayos o reflexiones teóricas.

Respecto de los temas abordados, es posible clasificar los mismos en cuatro grandes categorías. La primera se relaciona con la incidencia del activismo religioso conservador sobre las políticas de aborto (66%), esto es, los discursos, estrategias y configuraciones de los actores religiosos organizados en contra del acceso y legalización/despenalización del aborto, como la jerarquía de la Iglesia Católica, ciertas iglesias conservadoras, organizaciones autodenominadas “pro vida”, entre otros. El segundo tema abordado por las investigaciones regionales se vincula con las iglesias y líderes religiosos que promueven políticas favorables al aborto (10%), constituyéndose así en iglesias progresistas o en una disidencia religiosa. El tercer tema tiene que ver con el aborto y la religiosidad (15%), es decir, con las formas en las que la religiosidad de las personas modela sus actitudes, opiniones y prácticas relacionadas con el aborto. Finalmente, un cuarto grupo de indagaciones concentró su atención sobre los límites entre las políticas religiosas y las políticas de aborto (8%), favoreciendo especialmente abordajes analíticos y reflexiones en torno a la idea de la laicidad. Adicionalmente, fue hallada una publicación que trataba sobre una revisión panorámica de la literatura específicamente brasilera, sobre religión y aborto.

Siguiendo esta clasificación temática, a continuación se presenta una revisión de los principales aportes empíricos, teóricos y normativos propuestos por las investigaciones publicadas entre 2009 y 2014 para cada tema. Los cuatro ejes destacados a continuación corresponden a una mera división analítica, ya que muchas de las investigaciones realizadas en la región han abordado más de uno de estos ejes a la vez. Dado esto, existen publicaciones y autores/as cuyos trabajos se sitúan en más de un eje, por lo que el objetivo de esta división, más que hacer una recapitulación de autores/as, es evidenciar las principales tendencias temáticas que atraviesan al estado del arte sobre el binomio aborto-iglesias. Asimismo, con el fin de evitar redundancias y de explicitar los principales aportes y discusiones que se han gestado en los últimos seis años dentro de la academia regional, las publicaciones referenciadas en cada eje constituyen solo una muestra de los principales trabajos recopilados.

III.2 El repertorio temático de estudios sobre aborto e iglesias

III.2.1. El activismo religioso conservador

El primer eje que atraviesa a las investigaciones regionales rastreadas, se relaciona con la configuración de actores religiosos organizados en contra del derecho al aborto, constituyendo una suerte de activismo religioso conservador. En este campo, el trabajo de Vaggione (2-3) ha llamado la atención respecto del carácter reactivo de este activismo, proponiendo para ello el concepto de “politización reactiva”.³

La politización de la sexualidad incitada por los nuevos paradigmas promovidos por los movimientos feministas, de mujeres y LGBTI, ha concitado la reacción de sectores conservadores religiosos. Así, lejos de retraerse o ceder terreno frente al ingreso de los derechos sexuales y reproductivos a las agendas públicas, los actores religiosos más tradicionalistas han rearticulado su presencia y estrategias, inscribiéndose de renovados modos dentro de las arenas de disputa política, con el fin de obstruir el reconocimiento y la aplicación de estos derechos. De este modo, según Vaggione, los actores religiosos conservadores que han reaccionado en contra de los derechos sexuales y reproductivos no solo constituyen agentes religiosos, sino además políticos.

El campo del activismo religioso conservador es heterogéneo. Ya sea por la hegemonía cultural que continúa teniendo el catolicismo en la región, por los privilegios institucionales que tiene aún en ciertos lugares o por la fuerza política de sus liderazgos, en América Latina este activismo es liderado en términos generales por la jerarquía de la Iglesia Católica, tal como ha tendido a destacar la literatura (2-25). Sin embargo, análisis recientes han comenzado también a orientar sus miradas hacia otras iglesias que también defienden una agenda sexual conservadora, en consonancia con la sostenida por la jerarquía católica. Especialmente en Brasil, algunos trabajos han evidenciado la presencia política de denominaciones minoritarias no cristianas, que buscan impactar sobre las políticas sexuales (26-27). Pero han sido principalmente ciertas Iglesias evangélicas conservadoras las que han captado mayormente la atención de algunas investigaciones (26,28-40). Esto debido a que a pesar de que la Iglesia Católica continúa siendo hegemónica, la religión evangélica ha aumentado fuertemente en la región, y algunas de sus iglesias han comenzado a adquirir relevancia en la arena de las disputas en torno a la sexualidad. El desafío analítico que plasman estos actores no solo se fundamenta en el hecho de retar la hegemonía católica. Además, su presencia ha incitado nuevas formas de activismo religioso conservador basado en alianzas ecuménicas en rechazo a los derechos sexuales y reproductivos (3,31,41). Así, si en los últimos veinte años la literatura internacional destacó cómo el catolicismo y el

.....
³ Este concepto fue propuesto por Vaggione en 2005, al igual que otros que se destacan en este artículo (4).

islam se unieron para enfrentar a la agenda de los derechos sexuales y reproductivos en las conferencias de las Naciones Unidas durante los años noventa (42), la literatura regional del último sexenio ha mostrado cómo católicos y evangélicos conservadores se ha aliado estratégicamente en contra de la consolidación de esta agenda a niveles locales, incluso a pesar de sus tensiones históricas.

Si bien la literatura reconoce en términos globales que estas iglesias conservadoras continúan teniendo un rol relevante dentro de los debates sobre políticas sexuales a nivel regional, algunos trabajos han discutido diversas variables que parecerían incidir en el mayor o menor peso de las iglesias a la hora de impactar sobre las leyes y políticas públicas de aborto. En el caso específico de la Iglesia Católica una variable que ha sido analizada para explicar los contrastes de su influencia a nivel regional, ha sido la legitimidad que alcanzó esta Iglesia en las democracias de fines del siglo XX, considerando el rol jugado en cada país en los períodos dictatoriales o de conflictos armados.⁴ Según Nugent (44), en aquellos países donde la jerarquía católica defendió los derechos humanos violados en las dictaduras y regímenes armados, una vez retornada la democracia, tendió a cobrar una “factura moral” a cambio de dicha defensa, exigiendo prerrogativas tutelares en materia de sexualidad. El caso chileno, uno de los pocos países del mundo donde el aborto es criminalizado sin excepción, continúa siendo un lugar privilegiado de pesquisa acerca del poder de la jerarquía católica bajo la forma de esta factura moral (12). En dicho contexto, tras el fin de la dictadura en 1990, la jerarquía católica fue investida, además, como un actor clave para el mantenimiento del consenso social y político, lo que le otorgó un inusitado poder para negociar y ejercer presiones, a fin de evitar la consolidación los derechos sexuales y reproductivos, entre ellos el derecho al aborto (22).

Asimismo, otra variable privilegiada en los análisis de la región respecto del poder de la jerarquía católica y de las iglesias evangélicas para delinear las políticas de aborto, ha sido la influencia de estos sectores en períodos electorales. En esta línea, durante el último sexenio han sido principalmente dos los casos estudiados para analizar dicha variable. Por un lado, la aprobación de la ley que penalizó de modo absoluto el aborto en Nicaragua en 2006, a días de la elección presidencial de Daniel Ortega, para incitar la aprobación de la jerarquía católica y, consecuentemente, atraer el voto católico (21). Pero el caso que ha recibido mayor atención fue la campaña presidencial de Dilma Rousseff en Brasil en 2010, cuando publicó una carta comprometiéndose a no legalizar el aborto en su mandato, tras las presiones de las iglesias conservadoras. Como indica el trabajo de Campos Machado (29), las encuestas realizadas en el período de campaña mostraron cómo Rousseff fue perdiendo votantes religiosos/as, especialmente evangélicos/as, hecho que habría motivado su compromiso con no modificar la

.....
⁴ El trabajo realizado por Htun en 2003 (43) fue uno de los primeros en mostrar la importancia de esta variable de modo comparado.

ley de aborto vigente. En este escenario, diversos/as investigadores/as analizaron cómo el aborto se transformó en el tema que capturó prácticamente la totalidad de la agenda electoral, constituyéndose en eje priorizado por las Iglesias para decidir su apoyo o rechazo a cada candidatura (34,27,45,46). Asimismo, quedó al descubierto el poder de las iglesias para definir dicha agenda, con base en su capacidad de movilización del electorado.

Sin embargo, algunos trabajos también discuten cuán real es la eficacia de las iglesias para movilizar electores/as (47). El abordaje empírico desarrollado por Rennó y Ames (48), parece otorgar bases sólidas para sostener este cuestionamiento. Utilizando como fuente los datos cuantitativos del Estudio de Painele Eleitoral Brasileiro (EPEB), y mediante un modelo estadístico de regresión, los autores dieron cuenta de que, si bien la religión de los/as electores/as impactó en su decisión electoral, la posición de los/as candidatos/as respecto del aborto parece haber tenido menos peso para explicar los desplazamientos de la intención de voto que otras variables, como lo fue la percepción de corrupción.

El impacto de las iglesias sobre la arena política también ha sido explicado con base en el vínculo de estas instituciones con los partidos políticos. En México por ejemplo, trabajos como los de Hernández Vicencio (49-50) y de Amuchástegui, et al. (13), han mostrado cómo la llegada del Partido de Acción Nacional (PAN) al poder ejecutivo en el año 2000 sirvió de catalizador para la embestida de líderes religiosos, hecho que se vio reflejado en el proceso de despenalización del aborto ocurrido en 2007 en el Distrito Federal. En Argentina, en tanto, la investigación de Carbonelli, Mosqueira y Felitti (28), muestra que en países que no cuentan con partidos fuertes de matriz ideológica religiosa, son los/as políticos/as que expresan públicamente su identidad confesional, quienes operan de modo activo en la esfera legislativa en contra de los derechos sexuales y reproductivos. Por otro lado, el caso brasilero ha resultado de especial interés académico en esta materia, debido a las bancadas parlamentarias específicamente religiosas que se han conformado en los últimos años en ese país. Estas bancadas no solo congregan a congresistas católicos/as o evangélicos/as, sino también de otras denominaciones e iglesias conservadoras no cristianas, como la religión espiritista,⁵ creándose alianzas parlamentarias interreligiosas particulares para obturar legislaciones favorables al derecho al aborto (29,36,39). En este sentido, Brasil ha vivido un proceso de “partidización de las iglesias” (46).

Hasta acá, se han destacado de manera exclusiva los aportes de la academia regional, para comprender el actuar de las iglesias en oposición al derecho al aborto. Sin embargo, si bien las cúpulas eclesiales constituyen actores claves del activismo religioso conservador, una parte de la literatura latinoamericana reciente ha comenzado a explorar además, la presencia de otros actores que operan de manera

.....
⁵ Sin embargo, hay autores/as que sostienen que la religión espiritista puede incorporarse dentro del mundo cristiano, dada su fuerte influencia católica (51).

complementaria a las de los líderes religiosos. Esto ha puesto de relieve la heterogeneidad de agentes que articulan acciones organizadas en contra de los derechos sexuales y reproductivos. Uno de estos actores lo constituyen las agrupaciones civiles y organizaciones no gubernamentales (ONG) que, bajo el rótulo de “pro vida” o “pro familia”, actúan en el espacio público en defensa de una moral sexual conservadora. Vaggione (2) fue uno de los primeros autores en constatar y analizar este fenómeno, en lo que denominó como “ONGización” de la religión. Bajo este concepto, refiere a la conformación de una serie de ONG confesionales creadas con el fin de defender una política sexual restrictiva en el marco de un proceso más amplio de politización reactiva de la religión. Según el autor, estas organizaciones actúan públicamente como un brazo civil de las religiones, penetrando espacios que pueden ser difíciles de permear por las iglesias. Siguiendo a Mujica (52,53), tanto la irrupción de la economía neoliberal que obligó a las oligarquías conservadoras a competir con nuevos actores nacionales y transnacionales, como la expansión territorial de la democracia, que mermó el monopolio de las viejas elites sobre el campo político, han obligado a los viejos sectores conservadores a operar desde nuevas estrategias, priorizando la arena de la sociedad civil para sus objetivos. Así, Mujica establece una relativa continuidad entre las oligarquías conservadoras de comienzos del siglo XX y las nuevas ONG conservadoras religiosas.⁶

Los/as autores/as que han analizado las formas en las que el activismo religioso conservador se ha inscrito en la arena de la sociedad civil, han registrado una multiplicidad de estrategias a las que recurren estos actores, ya sea desde su configuración en tanto ONG o desde otro tipo de figura. Estas estrategias van desde la organización de movilizaciones en el espacio público callejero y la acción directa sobre las mujeres para persuadirlas de no abortar, hasta el lobby y la participación en espacios legislativos (5,18,28,52,55,56). Sin embargo, una de las acciones que han tendido a ser fuertemente destacadas por la literatura de los últimos años, ha sido la judicialización (2,5,57,58). Peñas Defago y Morán Faúndes (59), analizaron este fenómeno para el caso argentino, indicando que a pesar de que las ONG autodenominadas “pro vida” surgieron con especial fuerza en los años ochenta en el país, tras el retorno a la democracia, fue recién en los años noventa que comenzaron a recurrir a los tribunales como estrategia de obturación de los derechos sexuales y reproductivos. Lemaitre Ripoll (60,61) en esta línea, ha investigado la conformación y articulación de abogados/as católicos/as en Colombia, México, Brasil y los Estados Unidos. Su trabajo ha dado cuenta de que si bien no hay suficiente evidencia para afirmar que existe una estrategia legal unívoca a nivel transnacional de parte de estos/as abogados/as, sí existen organizaciones religiosas que promueven globalmente esta agenda de litigio conservador. Así, en palabras de la autora, mientras los clérigos han perdido protagonismo en su resistencia a las transformaciones en las costumbres sexuales, los/as abogados/as católicos/as han ganado

.....
⁶ El primer trabajo donde Mujica analiza en extenso este fenómeno en Perú data del 2007 (54).

protagonismo en su participación mediante litigios contra los derechos sexuales y reproductivos, y particularmente contra la liberalización de las leyes que criminalizan el aborto.

La incorporación de estrategias judiciales por parte del activismo religioso conservador ha sido vinculada por la literatura con un consecuente desplazamiento discursivo. Investigaciones focalizadas en el caso argentino, han destacado cómo el activismo religioso conservador ha esgrimido estratégicamente un lenguaje de derechos humanos que busca asociar algunos derechos sexuales o reproductivos como el aborto, con atentados contra el derecho humano a la vida y los crímenes de lesa humanidad ocurridos durante la dictadura (18,62,63). Por su parte, Lemaitre Ripoll (60,61) ha indicado cómo los/as abogados/as católicos/as, al momento de oponerse a los derechos sexuales y reproductivos, han tendido precisamente a recurrir a argumentaciones constitucionalistas y de derechos humanos, en desmedro de razonamientos basados en la religión. Al considerar que las verdades morales están inscritas en una ley natural accesible mediante la razón, los sectores católicos asumen que no es necesario apelar a la fe para rechazar derechos como el aborto, sino simplemente a los “derechos universales”. Para esta autora, el cambio argumentativo a un lenguaje de derechos por parte de los sectores católicos, se vincula con los procesos propios del retorno a la democracia en América Latina en el último cuarto del siglo XX. Esto contrasta con lo indicado por Morán Faúndes y Peñas Defago (23), quienes señalan que el lenguaje de derechos humanos comenzó a ser utilizado por el Vaticano tras la consolidación de los derechos humanos en el espacio internacional luego de la Segunda Guerra Mundial.

Así, como la recurrencia a actores judiciales y al litigio ha llamado la atención de una parte de la academia, en tanto estrategia de inscripción del activismo religioso conservador en la arena de la sociedad civil, también lo ha hecho el accionar de actores médicos, y en particular vinculados con la bioética (17,41,64,65). Si a lo largo del siglo XX pareciera ser que los/as médicos/as religiosos/as, y especialmente los/as católicos/as, centraron su oposición a la autonomía reproductiva y las políticas poblacionales a partir de argumentaciones demográficas y economicistas (66), a partir de finales del siglo sus argumentos parecen haber girado hacia el campo de la bioética. Esto debido al impulso que el propio Vaticano dio a esta área durante el siglo XX (64). En este sentido, y siguiendo a Siverino Bavio (67), la bioética puede ser dividida entre sus ramas laicas y confesionales, y dentro de estas últimas, la jerarquía católica ha desarrollado una línea conservadora como una estrategia central para oponerse a las demandas feministas y LGBTI. Particularmente, la investigación de Irrazábal (65,68,69) ha aportado valiosos antecedentes en este campo. A través de observación participante y de entrevistas a bioeticistas católicos, la autora ha mostrado que el entrenamiento en bioética ha sido una estrategia privilegiada por sectores católicos conservadores para oponerse al derecho al aborto. Desde acá, han constituido una

identidad específica, caracterizada por un alto grado de especialización y credenciales académicas. Esto ha permitido a los/as bioeticistas católicos/as diferenciarse de los/as activistas autodenominados/as “pro vida”.

Al igual que lo ocurrido con la estrategia de la judicialización, la inscripción de estos sectores en el campo biomédico ha venido aparejada de la utilización de renovados discursos. Algunas investigaciones han mostrado cómo las antiguas argumentaciones teológicas han sido desplazadas por un lenguaje biologicista moderno, muchas veces genetista, para oponerse a ciertos derechos sexuales y reproductivos. Desde acá, se ha destacado la relevancia que ha adquirido para estos sectores una acepción restrictiva del concepto “vida” en su oposición al aborto (7,23,38,52,68,70-72). En este sentido, Mujica (70) señala que esta idea de la vida ha pasado a ser el centro de un discurso conservador religioso que busca modular las regulaciones jurídicas, creándose una zona de indistinción entre la vida protegida por el derecho y la mera vida biológica. Morán Faúndes y Peñas Defago (23), en tanto, mediante un análisis genealógico del concepto “vida” sostenido por la jerarquía católica, han mostrado que este ha mutado a través del tiempo. Así, contrastando con las razones de índole teológica que motivaron a la jerarquía católica a condenar el aborto desde la concepción por primera vez en 1869, a partir de 1974 este discurso fue reemplazado por un lenguaje biologicista que perdura hasta la fecha, en lo que el autor y la autora denominan como un “giro genético”.

En definitiva, la literatura regional ha destacado un relativo fenómeno de descentramiento del activismo religioso conservador respecto de las cúpulas eclesiales, gracias a la aparición de “nuevos actores”, quienes han irrumpido en el espacio público como parte de este activismo. Los desplazamientos discursivos que han acompañado estos procesos, ya sea en el plano de las estrategias legales, como de las del campo biomédico, confluyen en lo que Vaggione ha denominado “secularismo estratégico” (2,5). Bajo este concepto, el autor hace referencia a los modos en los que diversos sectores religiosos conservadores han adoptado una retórica secular, principalmente científica y legal, para hacer frente a las agendas feministas y LGBTI, pero sin disminuir su grado de dogmatismo. Bajo este esquema, lo secular y lo religioso son pensados por estos actores como el reflejo de una misma “verdad”. El secularismo estratégico, así, ha permitido a ciertos sectores religiosos impactar en espacios donde difícilmente la religión por sí misma podría penetrar, lo que explicaría el por qué de estos nuevos accionares.

III.2.2. Iglesias progresistas y disidencia religiosa

Un segundo eje destacado por la literatura regional ha sido la presencia de sectores religiosos que, lejos de buscar obturar los procesos de liberalización y acceso a servicios de aborto seguro, presentan

posturas favorables a este derecho. Si bien la cantidad de investigaciones que abordaron el análisis de estos actores en el último sexenio fueron minoritarias en la región, sus perspectivas constituyen aportaciones valiosas que han permitido superar ciertas dicotomías acerca de la relación entre religión y sexualidad. En términos generales, la inscripción de lo religioso en la política sexual contemporánea ha tendido a ser leída desde enfoques que asocian lo secular con los avances en materia de derechos sexuales y reproductivos, y a la religión como ineluctablemente vinculada con posiciones conservadoras. Sin embargo, estos marcos de comprensión binarios han sido puestos en entredicho por los trabajos que han dado cuenta de la presencia de actores religiosos en defensa de estos derechos, desmontando el paradigma de antagonismo entre la religión y las sexualidades que desafían a los modelos más conservadores. De este modo, en la vereda de enfrente del activismo religioso conservador, es posible hallar grupos organizados que desde una expresa identidad o expresión religiosa sostienen una agenda favorable a los derechos sexuales y reproductivos. Dentro de este eje de trabajo existen dos grandes líneas de investigación: aquellas que han orientado sus atención a analizar a las iglesias progresistas⁷ en materia de género, sexualidad y reproducción, y aquellas que se han focalizado en el análisis de grupos religiosos disidentes que se manifiestan abiertamente a favor del derecho al aborto, contrariando los mandatos de sus cúpulas eclesiales.

Dentro de la primera línea de indagación, algunos trabajos han focalizado su atención en los marcos discursivos y los procesos de movilización activados por ciertos sectores evangélicos en defensa de la agenda de los derechos sexuales y reproductivos. La estructura descentralizada del campo evangélico, permite la coexistencia en su interior de una amplia diversidad de iglesias, siendo las posturas respecto de las políticas sexuales uno de sus clivajes centrales. En Argentina, las investigaciones han mostrado que esta división ha quedado institucionalizada en la conformación de distintas federaciones de Iglesias evangélicas. Así, mientras las denominaciones bautistas y hermanos libres han tendido a agruparse en torno a visiones restrictivas del cuerpo y la sexualidad, las luteranas, reformadas y metodistas han favorecido cosmovisiones más progresistas de estos asuntos (32).⁸ Sin embargo, en lo que respecta al aborto, un aspecto llamativo de las iglesias evangélicas progresistas es su posición “permisionista moderada” (35). En este sentido, estas Iglesias creen que el aborto es algo moralmente malo, pero en los casos en que no está disponible ninguna alternativa aceptable, reconocen otros valores en juego que desafían al valor de preservar la vida humana desde la fecundación.

.....
⁷ A falta de un término más preciso, utilizo el concepto de “progresista” para referirme a aquellos sectores que sostienen una agenda favorable a las demandas de los movimientos feministas, de mujeres y LGBTI, en franca oposición a la agenda defendida por el activismo religioso conservador descrito en la sección anterior.

⁸ En el libro *Religiones, Matrimonio Igualitario y Aborto: Alianzas con y entre Actores Religiosos por los Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina*, compilado por Daniel Jones, María Angélica Peñas Defago y Marcial Godoy-Anatívia (73), pueden revisarse algunas posturas de las iglesias evangélicas progresistas respecto al aborto en Argentina.

Esto se condice con los resultados de investigaciones realizadas en Brasil. El trabajo de Komura Hoga et al. (37), donde se entrevistó a pastores protestantes brasileños, concluyó que quienes se manifiestan a favor del aborto lo hacen siempre dentro de las causales permitidas por la ley, indicando su oposición a la interrupción de los embarazos por motivos de planificación familiar. Campos Machado (30) profundizó en los matices que pueden hallarse dentro de la diversidad del campo específicamente pentecostal, advirtiendo las distintas zonas grises que existen entre las posiciones netamente opositoras y las favorables a la legalización del aborto. Como indica la autora, si bien se ha demostrado que las religiones no son necesariamente hostiles a los derechos humanos y muchas presentan una amplia apertura a discutir temas sobre desigualdad económica y justicia política, demandas como el aborto legal presentan aún una serie de resistencias al interior del cristianismo. Mediante la realización de entrevistas a líderes de distintas denominaciones pentecostales, Campos Machado dio cuenta de que entre las posiciones que defienden la prohibición absoluta y las que adhieren a la necesidad de legalizar el aborto, se encuentra una mayoría que apoya las causales de aborto por violación y riesgo para la salud de la mujer (ambas legales en Brasil al momento de las entrevistas), pero que disiente respecto de la ampliación de estas causales. Asimismo, Campos Machado advierte sobre cómo las posiciones más favorables a la liberalización del aborto dentro del mundo pentecostal tienden a ser marginadas mediante, por ejemplo, la exclusión de los líderes religiosos progresistas en los medios de comunicación financiados o controlados por las iglesias pentecostales.

La particularidad del caso brasileño, en donde ha sido posible observar una fuerte proliferación del campo evangélico en los últimos años, así como un importante desarrollo de la vinculación entre las iglesias y la política, ha gatillado la necesidad por ahondar en las particularidades de estos “nuevos actores religiosos a nivel local. Profundizando en la postura sobre la familia y el aborto dentro de la Iglesia Universal del Reino de Dios, una institución religiosa que ha ganado adeptos/as en los últimos años, la investigación de Campos Gomes (74) establece ciertos vínculos entre la idea de prosperidad económica que promueve esta Iglesia y su apoyo a las políticas de planificación familiar y el aborto. La postura favorable de esta Iglesia respecto de ciertos derechos reproductivos, se fundamenta sobre ideas asociadas a la sexualidad y a la reproducción, en tanto dimensiones personales y privadas de las personas, así como sobre la promoción de un modelo de “vida en abundancia” o una “teología de la prosperidad”. En una Iglesia cuya feligresía pertenece predominantemente a sectores populares, la promoción de una vida próspera, se relaciona con la no conformidad con la pobreza. Así, la defensa del derecho a decidir libremente la cantidad y espaciamiento de los/as hijos/as, se asocia a un llamamiento a poder decidir de manera libre el tamaño de la familia, de tal modo de que esta sea compatible con la prosperidad económica.

Una visión alternativa respecto del apoyo de ciertas iglesias específicas a los derechos sexuales y reproductivos puede encontrarse en el trabajo de Fuentes Belgrave (75), el cual se focaliza en la Iglesia Luterana de Costa Rica. Esta Iglesia presenta un discurso de apoyo a la despenalización del aborto, asumiendo una postura disidente respecto del espectro evangélico conservador. Sin embargo, se distancia de las posturas derechamente a favor de la legalización bajo un sistema de plazos, ya que solo apoyan el aborto terapéutico. Según Fuentes Belgrave, esta postura podría explicarse por la influencia de la teología de la liberación dentro de esta Iglesia. Dicha teología ha estado signada por una preocupación por las exclusiones de clase provocadas por el capitalismo, pero ha sido prácticamente indiferente hacia otras segregaciones, como las fundamentadas sobre el género y la sexualidad. La atención paradójica que brinda la teología de la liberación a los derechos sociales, al tiempo que invisibiliza las desigualdades de género, podría revelar los motivos por los que las posturas de ciertas iglesias progresistas acerca del aborto aún mantienen fuertes grados de moderación.

Además de las iglesias progresistas, una segunda línea de investigación dentro de este eje ha visibilizado la existencia de grupos religiosos que desafían, desde su identidad religiosa, los sentidos y los dogmas promovidos por las cúpulas de sus iglesias. Esto es lo que Vaggione ha denominado como “disidencia religiosa”. Como indica este autor, estos grupos “se movilizan por lograr que sus tradiciones religiosas sean más amplias respecto a la sexualidad y/o por hacer públicas las disidencias existente al interior de las principales religiones” (2). Aquí es posible hallar a las corrientes de teólogas feministas latinoamericanas, desde donde se ha buscado desafiar las interpretaciones más conservadoras sobre los textos bíblicos, incorporando enfoques de género en su lectura. El desarrollo de la teología feminista, ha pasado por un proceso de maduración desde sus inicios hasta el día de hoy, otorgándole potencia para desafiar los sentidos tradicionales y conservadores de lo religioso. Si en los años setenta esta teología propuso incluir la problemática propia de la desigualdad de género en los debates desarrollados por la teología de la liberación, en la década siguiente comenzó a incorporarse la mujer como sujeto de producción teológica, avanzando luego hacia una reconstrucción de nuevas hermenéuticas y discursos religiosos favorables a los derechos de las mujeres.

Investigaciones regionales han dado cuenta de cómo las aproximaciones hermenéuticas de la teología feminista han servido de base para el desarrollo de organizaciones civiles religiosas que abogan por el derecho al aborto seguro (2,75-77). En América Latina, una de las principales organizaciones feministas católicas que siguen esta línea es Católicas por el Derecho a Decidir (CDD). Con presencia en diversos países de la región, esta ONG busca acercarse a la experiencia cotidiana de las mujeres desde creencias católicas interpretadas de modos alternativos (75). Así, disputan los sentidos de la jerarquía vaticana en torno a las problemáticas de las personas, principalmente de las mujeres, abogando

por el reconocimiento de derechos vulnerados por la doctrina católica. La búsqueda por denunciar los códigos patriarcales que impregnan los dogmas vaticanos lleva a esta red de organizaciones a demandar el derecho al aborto desde una perspectiva católica, dado que su prohibición y condena supone un dispositivo de control sobre el cuerpo de las mujeres (77). De este modo, CDD ejemplifica los modos en que las identidades religiosas contrahegemónicas se traducen en espacios civiles subalternos que cuestionan, desde su hacer, la hegemonía de la principal institución religiosa en la región. Asimismo, quebranta la supuesta homogeneidad del campo católico, poniendo en evidencia la pluralidad de voces y expresiones organizadas que componen este sector (76). Por esto, tanto las teólogas feministas, como Católicas por el Derecho a Decidir desafían el concepto de “Iglesia Católica”, proponiendo nuevos sentidos de ser de la Iglesia, desde un discurso que reclama que la Iglesia no son solo su jerarquías, sino principalmente su feligresía.

III.2.3. Aborto y religiosidad

El tercer eje analítico que ha sido abordado por la literatura regional refiere a la religiosidad de las personas y las formas en que sus creencias personales se relacionan con su posición respecto de la interrupción del embarazo. De este modo, estas investigaciones se distancian de aquellas que han tomado por objeto de estudio a los grupos religiosos organizados en torno al aborto, como lo son los actores que conforman el activismo religioso conservador, las iglesias progresistas o las disidencias religiosas. Por el contrario, se centran en sectores que carecen de una organización específica, basada en su identidad confesional, para escudriñar analíticamente cómo las personas articulan en su vida cotidiana sus propias creencias individuales con sus posiciones respecto a los derechos sexuales y reproductivos.

En términos generales, los sondeos de opinión de la ciudadanía que han incorporado variables de religiosidad y de apoyo/rechazo al aborto, han mostrado importantes formas de articulación entre la identidad religiosa expresada y la opinión sobre la interrupción del embarazo. Si bien, son las personas no religiosas las que se manifiestan más a favor del aborto, y aunque los datos varían de país en país, en términos generales se observa que una proporción considerable de las personas que se identifican con alguna religión, especialmente la católica, manifiestan importantes niveles de apoyo a la despenalización del aborto, al menos bajo ciertas causales, distanciándose de la posición restrictiva de la jerarquía vaticana (25,78-82).⁹ Esta pluralización de la religiosidad es interpretada como parte un proceso paradójico de secularización de las sociedades (84-85), en donde lejos de desincentivarse las prácticas e identificaciones religiosas, las mismas se han mantenido o reactivado, pero bajo nuevos marcos interpretativos que habilitan su coexistencia con prácticas que desafían los dogmas de las jerarquías

⁹ Para más detalles sobre la opinión pública y el aborto, ver el capítulo de Mónica Petracci en esta publicación.

eclesiales. De este modo, más que la identidad religiosa en sí misma, la literatura ha evidenciado que, en general, son otras las variables que logran explicar mejor la relación entre la religión y la opinión sobre el aborto. Estas variables se asocian a la frecuencia con que las personas desarrollan prácticas religiosas, por ejemplo el asistir al culto, siendo mayor el rechazo al aborto entre quienes más realizan este tipo de prácticas (25,85-87).

Estos hallazgos han sido a su vez complejizados por la literatura en los últimos años, incorporando nuevos matices analíticos. La investigación cuantitativa de Fediakova (88), enfocada a evangélicos/as de Chile, otorga centralidad a otras variables, como la edad y la educación, que podrían explicar los niveles de apoyo y de rechazo hacia el aborto al interior de esta denominación. Según la autora, si bien estos sectores tienden a rechazar el aborto terapéutico, el rechazo disminuye entre los/as evangélicos/as más jóvenes y aquellos/as de mayor nivel educativo. Asimismo, el análisis estadístico realizado por Ogland y Verona (87), concentrado en el caso brasilero, afirma la existencia de importantes diferencias entre los sectores católicos y pentecostales de la población. Si bien, las personas de ambas denominaciones que frecuentan los respectivos servicios religiosos rechazan mayoritariamente la legalización del aborto, solo en el caso de los/as pentecostales se aprecia además un fuerte rechazo a la práctica del aborto. En el caso de las personas católicas, incluso de aquellas que frecuentan el culto, los datos muestran solo un leve rechazo a la práctica del aborto, lo que implica un bajo acoplamiento de la feligresía con el discurso de la cúpula eclesial, así como una disociación entre la opinión y la actitud de los/as creyentes frente a la interrupción del embarazo. Estos datos pueden ser discutidos a la luz de la investigación de Diniz y Medeiros (90), quienes realizaron una encuesta a una muestra aleatoria de mujeres de 18 a 39 años en centros urbanos de Brasil, con el fin de conocer la magnitud del aborto provocado en el país. Este estudio concluyó que una de cada cinco mujeres afirma haberse practicado un aborto, no habiendo diferencias significativas entre la religión de pertenencia de las mujeres. Sin embargo, la investigación no discriminó según asistencia al culto u otra variable de religiosidad, algo que sí fue considerado por el trabajo de Ogland y Verona.

En el último sexenio han proliferado además estudios que han buscado indagar acerca del apoyo o rechazo hacia el aborto en ciertos grupos profesionales específicos, incorporando variables independientes vinculadas con la religiosidad. Uno de estos grupos ha sido el de los actores del campo de la medicina. Hoffmann Mortari, Gue Martini y Aldana Vargas (90) realizaron un estudio cualitativo para analizar las representaciones de las enfermeras de Atención Primaria de Salud del municipio de Chapecó, en Brasil, en torno a los cuidados hacia las mujeres en situación de aborto inseguro. Entre sus hallazgos, las autoras dieron cuenta de cómo las concepciones religiosas de las enfermeras, sumadas a una formación profesional que tendería a asociar el aborto con un crimen, les generan

conflictos valóricos. Estos les impiden brindar atención de manera imparcial, y su búsqueda por intentar evitar el aborto termina manifestándose en expresiones verbales y no verbales. Santos Pereira Darzé y Gonçalves Azevêdo (91), por su parte, desarrollaron un estudio cualitativo a 174 estudiantes de medicina de la Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. En él demostraron cómo, a pesar de que existe un nivel satisfactorio de conocimiento acerca de los aspectos médicos del aborto, las opiniones de los/as estudiantes sobre este tema tienden a estar influenciadas, más por sus ideas religiosas, sociales y políticas, que por argumentaciones científicas. Por otro lado, los resultados de la investigación llevada adelante por De Zordo y Mishtal (92) complementan y a la vez discuten los hallazgos anteriores. Mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas a médicos/as de Brasil y Polonia, en las ciudades de Salvador de Bahía, Varsovia y Cracovia, las autoras evidenciaron una fuerte influencia de los preceptos religiosos en las perspectivas de los/as proveedores/as de salud en torno a los derechos reproductivos. En el caso específico de Brasil, los/as médicos/as de hospitales públicos de maternidad tienden a visualizar al feto como un paciente cuya vida es necesario resguardar, presentando una postura articulada con la aproximación de la jerarquía católica sobre el aborto. Sin embargo, De Zordo y Mishtal dan cuenta de cómo las alianzas graduales entre los sectores médicos y el movimiento feminista, han permitido a las instituciones de salud proveer servicios de aborto a pesar de las resistencias observadas.

Junto a las creencias del personal médico, otra arista indagada en torno a la relación entre la religiosidad y el aborto, ha sido la influencia de las creencias religiosas de los funcionarios/as de justicia. La investigación llevada a cabo por Graciana Alves Duarte et al. (93), donde se encuestó a 1 493 jueces y 2 614 promotores/as de justicia en Brasil, se demostró estadísticamente la existencia de una relación entre la religiosidad de los/as encuestados/as y su apoyo o rechazo legalizar el aborto. La mayoría de quienes se manifestaron a favor del aborto legal, presentaron niveles intermedios o nulos de religiosidad. Sin embargo, al consultar específicamente por la opinión respecto del aborto en casos de riesgo de vida de la mujer, no hubo relación significativa entre las respuestas a esta pregunta y el nivel de religiosidad.

Así, las formas en que la religiosidad de las personas se vinculan con las opiniones, actitudes y prácticas en torno al aborto, constituyen un campo de indagación en donde, si bien ha habido avances, aún es necesario continuar explorando. Esto principalmente debido a que, como se señaló anteriormente, el vínculo entre las creencias y el aborto es complejo, y no puede reducirse a modelos binarios que asocien a la religiosidad con el rechazo al aborto, y a la no creencia con el apoyo prácticas de interrupción del embarazo.

III.2.4. Los límites normativos entre las políticas religiosas y las políticas de aborto

Finalmente, un cuarto eje de indagación ha privilegiado el análisis de las relaciones entre el campo religioso y las políticas de aborto, focalizándose en las fronteras que demarcan los límites entre ambos. En América Latina, la laicidad ha sido la principal construcción teórica desde la cual se ha abordado el tema de la influencia de las iglesias sobre lo político, y cuando se ha indagado específicamente sobre las disputas en torno al aborto, este enfoque ha tendido a ser destacado por la academia. Independientemente de las distintas tipologías de laicidad que se han construido (inclusiva/excluyente, republicana/democrática, etcétera), y que exceden los propósitos de este trabajo, este enfoque emerge como un lente analítico y como un horizonte normativo para comprender y delimitar la relación entre religión y política. Según Roberto Blancarte (94), la laicidad constituye un régimen político y social de convivencia que no responde, ni está al servicio de una doctrina religiosa específica, sino del interés público, manifestado en la voluntad popular y el respeto a los derechos humanos. Pero, aunque la demanda por la laicidad se vuelve a colocar en primera plana de la contienda política, ahora el terreno de disputa es otro. La pugna ya no es por los terrenos, propiedades y poderes políticos de la Iglesia en lo público, como fue en el siglo XIX. Tras el desmembramiento del modelo de vida industrial que articuló la sexualidad, la familia y la clase en un conjunto congruente, la disputa opera ahora sobre la intimidad, el deseo sexual y la capacidad reproductora (95).

En esta línea, algunos trabajos han diagnosticado de manera empírica, los nudos críticos que pueden observarse en las fronteras que separan la religión y la política en los debates sobre aborto, denotando una insuficiente laicidad que impide avanzar en la consolidación del derecho al aborto (8,96-98). Roberto Lorea (96), por ejemplo, muestra cómo en Brasil las razones religiosas continúan sirviendo de justificación para las prácticas de actores vinculados al poder ejecutivo, parlamentario y judicial, en contra de los procesos de liberalización del aborto, transgrediendo las fronteras del Estado laico. En su análisis del caso argentino, Juan Cruz Esquivel (8), indaga los modos en que la dirigencia política continúa recurriendo al imaginario que visualiza a la institución católica como garante de la identidad nacional y de la legitimidad política, pese a la ineficacia del sistema normativo católico para regular los comportamientos de modo absoluto en la modernidad. En este contexto, las políticas públicas vinculadas con derechos y salud, como el aborto, se ven afectadas por la hegemonía de una cultura política católica que es canalizada de modo acrítico por la dirigencia nacional. La laicidad se ve así permeada y mermada por códigos culturales religiosos que denotan las dificultades en la construcción de una cultura política basada en valores laicos.

Otras investigaciones empíricas han focalizado su atención sobre los modos en que los valores religiosos atraviesan nuestros marcos constitucionales. En efecto, estos trabajos muestran cómo en el derecho constitucional existen conceptos, que si bien no necesariamente explicitan una ordenación religiosa, constituyen figuras jurídicas heredadas de la tradición católica. En lo que respecta al aborto, la figura del derecho a la vida desde la concepción, por ejemplo y los debates constituyentes que les dieron origen en distintas latitudes, denotan una herencia católica sedimentada en el derecho (72,96-98).

Sin embargo, los abordajes empíricos no son los únicos que han predominado en los últimos seis años en América Latina respecto de este tema. Es posible identificar al menos dos enfoques que caracterizan a las investigaciones que han abordado las fronteras entre las políticas de aborto y la religión desde posturas predominantemente teórico-normativas. El primero, de ellos refiere a aquellos trabajos que han promovido una profundización de la laicidad como respuesta frente a los diversos modos en que la religión ha buscado obstaculizar el reconocimiento y acceso a los derechos sexuales y reproductivos. Este enfoque propone el respeto por la libertad religiosa, pero entendiendo que la discusión pública en torno al aborto corresponde a un debate propio del ámbito democrático que no puede verse influenciado por ideas religiosas que terminen por imponer un sistema específico de creencias por sobre otros. De uno u otro modo, el Estado laico se vislumbra como un marco jurídico-político necesario para garantizar estos derechos en general y el derecho al acceso al aborto en particular (99,100). En esta línea, Luis Felipe Miguel (101), indica que mientras el derecho liberal obliga a reconocer la libertad de creencias religiosas, el horizonte normativo de la laicidad obliga a fundamentar la política sobre la voluntad popular y no sobre dogmas. Por lo tanto, en los Estados laicos construidos sobre los principios de la democracia liberal, ambos imperativos convergen en la necesidad de separar los debates políticos sobre el aborto de los pronunciamientos religiosos al respecto.

Julieta Lemaitre Ripoll (102) da un paso más en este debate, defendiendo una posición liberal anticlerical. Retomando el anticlericalismo de principios del siglo XX de países como México, la autora sostiene explícitamente que la jerarquía de la Iglesia Católica no debe ser considerada como un actor legítimo en los debates democráticos contemporáneos sobre sexualidad y reproducción. Esto debido a tres razones centrales. En primer lugar, la Iglesia Católica no acepta la deliberación en estos temas, siendo que la participación política exige la posibilidad de deliberación. En segundo lugar, esta Iglesia defiende postulados abiertamente discriminatorios contra las mujeres y personas homosexuales, violando la igualdad en dignidad de todos los participantes en la discusión política. Y finalmente, el poder político y económico de la Iglesia, y su voluntad de utilizarlo a través de sociedades secretas, constituirían una amenaza para los procesos democráticos en la región.

Frente a estas posturas que sostienen la necesidad de separar la religión y la política como mecanismo necesario para garantizar los derechos sexuales y reproductivos, un segundo enfoque cuestiona la efectividad de esta separación, así como el carácter ilegítimo de las iglesias en los debates democráticos. Vaggione (2,3) ha sido uno de los principales autores críticos de la laicidad en tanto dispositivo jurídico-político capaz de consagrar la agenda de derechos como el aborto en América Latina. Si bien este autor no se opone a este régimen político y social, cuestiona su efectividad para garantizar los derechos sexuales y reproductivos, advirtiendo la necesidad de contar con mecanismos alternativos. Observando los modos en los que las iglesias conservadoras, como la católica, han adoptado estratégicamente un lenguaje jurídico y científico secularizado para impactar sobre la arena política, Vaggione sostiene que este secularismo estratégico ha difuminado las fronteras tradicionales entre lo religioso y lo secular. Esto dificulta mantener la pretendida asepsia del espacio político respecto de las creencias religiosas ya que, al apelar a argumentaciones seculares, los actores religiosos se han transformado, viéndose habilitados para permear el campo de lo político, traspasando las fronteras impuestas por la laicidad.

Junto a esto el Estado laico ha propiciado una paradoja democrática. Por un lado, ha obligado a las iglesias a perder sus privilegios institucionales, pero por el otro, ha hecho que se transformen en un actor político más, convirtiéndose en actores legitimados dentro del juego democrático (13). Así, este enfoque crítico tiende a plantear que si bien las iglesias pueden ser consideradas como actores legítimos dentro de los debates públicos, para ello deben antes desprenderse de sus privilegios, a fin de participar en igualdad de condiciones en las disputas políticas (3).

IV. Discusión

Los cuatro ejes de investigación desarrollados por la academia latinoamericana durante el último sexenio, representan formas disímiles de aproximarse a la relación entre las iglesias y el aborto. Tanto los objetos de estudio, como las metodologías y reflexiones teórico-normativas de los trabajos habidos en este campo, presentan diferencias que hacen de la investigación un área plural. Sin embargo, es posible destacar dos tendencias generales que atraviesan a la agenda de estudios sobre esta temática, y que han comenzado a consolidarse paulatinamente.

La primera tendencia tiene que ver con una comprensión de las iglesias y, de manera más general, del fenómeno religioso, alejada de las teorías tradicionales de la secularización, que auguraban la absoluta privatización o desaparición de las religiones (103). Los estudios analizados dan cuenta de cómo la religión continúa impactando sobre el campo de lo político, así como sobre las conductas y actitudes de las personas. La evidencia empírica ha mostrado que, salvo excepciones específicas, las personas no solo siguen identificándose con identidades, simbologías e imaginarios propiamente religiosos.

Además, lejos de alejarse del ámbito público y a pesar de no seguir ostentando la posición del centro organizador del mundo, la religión se mantiene suscrita a la arena política, a fin de defender no solo un orden tradicional, participando en las disputas que hacen parte de la democracia contemporánea. Las investigaciones realizadas en América Latina han dado cuenta de cómo la religión permea el campo político, social y cultural, siendo precisamente el ámbito de las disputas en torno al derecho al aborto una de las dimensiones en donde puede observarse con fuerte nitidez su impacto. Por un lado, esta influencia se observa en la presencia de diversas iglesias y líderes religiosos que mantienen una fuerte participación en estos debates. Por otro, la religiosidad y creencias religiosas individuales gestionan las actitudes, opiniones y prácticas de las personas al momento de enfrentarse a un embarazo no deseado o un aborto.

La segunda tendencia identificable en las investigaciones del último sexenio se relaciona con la paulatina consolidación de abordajes teóricos y empíricos superadores de las dicotomías que asocian a las iglesias y la religión con la oposición irrestricta al aborto y a lo secular con avances en derechos reproductivos. Lo religioso ha devenido en un campo plural donde, junto a las iglesias, las identidades y las creencias conservadoras, cohabitan expresiones de lo religioso favorables a los derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, los enfoques teóricos y empíricos propuestos por las investigaciones regionales han dado cuenta de un doble impacto de las demandas de los movimientos feministas, de mujeres y LGBTI sobre la arena religiosa. Por un lado, las nuevas configuraciones de la sexualidad, desde las cuales se ha erigido la lucha por la legalización/despenalización del aborto, han sido receptadas por ciertas iglesias que han incorporado dichas perspectivas y demandas dentro de sus agendas. Asimismo, la identificación religiosa a nivel de las sociedades se ha transformado, siendo cada más frecuente hacer compatible la pertenencia identitaria a alguna religión, como la católica y el apoyo al aborto bajo ciertas circunstancias. Estos hallazgos cuestionan la idea de que la religión es sinónimo de conservadurismo y exclusión, abriendo formas heterogéneas de comprensión del fenómeno religioso ante el derecho al aborto.

Pero por otro lado, las iglesias y expresiones religiosas más conservadoras han reaccionado de manera opuesta frente a la agenda de los derechos sexuales y reproductivos, aumentando su grado de dogmatismo, aunque apelando a nuevas estrategias de incidencia. Así, una de estas es la recurrencia a discursos e identificaciones seculares, fundamentadas especialmente sobre el campo de la ciencia y del derecho. Esto ha podido contemplarse de manera clara en los debates en torno al aborto, donde los sectores conservadores religiosos han tendido a incorporar elementos de la genética y del derecho positivo, para oponerse a la interrupción del embarazo. Asimismo, la literatura latinoamericana ha evidenciado una diversificación de los actores conservadores religiosos, con lo cual el accionar en contra del derecho al aborto se ha descentrado del actuar exclusivo de los líderes religiosos, para incorporar

actores vinculados al campo del derecho, de la bioética y de la sociedad civil. Todo esto ha puesto en entredicho el paradigma que asocia a lo secular con el progresismo sexual, abriendo una discusión novedosa y susceptible de ser profundizada.

Estas dos grandes tendencias observables en los estudios a nivel regional del último sexenio, han concitado también renovados debates teórico-normativos al interior del mundo académico. Si bien los puntos que han generado discusión entre los/as investigadores/as pueden ser diversos, es dable considerar que uno de los debates más álgidos se da a nivel de la legitimidad de los actores religiosos en el campo de lo político y particularmente de las políticas reproductivas. La laicidad como horizonte político y dispositivo analítico, ha adquirido un fuerte impulso por parte de la academia latinoamericana, en tanto mecanismo capaz de separar lo religioso de lo político y proteger la consolidación de las democracias regionales.

En el campo de los derechos sexuales y reproductivos, esto se ha traducido en múltiples ocasiones en una defensa de la laicidad, dada su capacidad para garantizar la no interferencia de los sectores religiosos conservadores sobre estos derechos en la región. Sin embargo, la observación de estrategias seculares por parte de los actores opositores al aborto, ha puesto en entredicho la efectividad de la laicidad para garantizar la consolidación del derecho al aborto, así como otros derechos sexuales y reproductivos. La apelación a lo secular por parte del conservadurismo religioso ha desdibujado la capacidad de los Estados laicos, no solo para detectar la intromisión de discursos religiosos en los debates sobre el aborto, sino para restringir la presencia en la arena política de actores que operan de modo paralelo a las iglesias, pero que no pertenecen al clero. Al mismo tiempo, la presencia de actores religiosos progresistas ha replanteado la discusión en torno a cuán efectivo resulta excluir a lo religioso de las luchas relacionadas con el derecho al aborto. Así y aunque en general se continúa reconociendo la importancia de la laicidad en una región signada por una fuerte herencia religiosa, estos planteamientos críticos han llevado a complejizar las propuestas teórico-normativas, así como los encuadres empírico-analíticos, en torno a comprender y sentar límites entre la religión y las políticas reproductivas. ¿En qué medida el horizonte de la laicidad es capaz de evitar la intromisión de lo religioso en la arena pública y de asegurar con esto, el acceso de las mujeres al aborto voluntario? ¿El actual estado de penalización parcial o absoluta del aborto que domina en la región se debe solo a la predominancia de creencias religiosas que impiden el avance en un conocimiento científico secular “más verdadero”? ¿La solución entonces, pasa solo por privatizar la religión y secularizar lo público? ¿O es que acaso las fronteras entre lo religioso y lo secular se han tendido a borrar? Todas estas preguntas circulan al interior de la academia regional y suscitan debates que han abierto nuevos campos de lectura críticos frente a los (nuevos) fenómenos religiosos y su relación con la democracia, la política y los derechos sexuales y reproductivos.

V. Conclusión

Las dos grandes tendencias y abordajes críticos que recorren los recientes estudios sobre iglesias y aborto en América Latina, han hecho paulatinamente más complejos los estudios en esta área. Sin embargo, es posible constatar, al mismo tiempo, la existencia de ciertos vacíos o zonas analíticas escasamente indagadas en las investigaciones regionales. De manera sintética, es posible resumir dichos puntos críticos en seis temas generales.

El primero de ellos se relaciona con una fuerte centralización geográfica de los estudios sobre aborto e iglesias en la región durante los últimos seis años. La bibliografía recabada mostró una importante concentración de investigaciones sobre la temática en el cono sur y especialmente en Brasil y Argentina. En contraste, los países centroamericanos presentan una escasa producción científica, al igual que algunos sudamericanos, como Bolivia, Venezuela, Ecuador o Paraguay. Esto se vuelve un desafío central para las futuras líneas de investigación en este tema, especialmente debido a que muchos de esos contextos presentan una situación política desfavorable a los derechos sexuales y reproductivos en general, y al derecho al aborto en particular. En este escenario, merecen especial atención países como El Salvador, Nicaragua y Honduras, donde se observa una escasez de producción científica sobre el tema, mientras el aborto está penalizado sin excepción¹⁰ y las iglesias presentan fuerte influencia pública.

En segundo lugar, el campo de investigación ha profundizado especialmente la relación entre las políticas de aborto y ciertas religiones particulares, especialmente la católica y algunas evangélicas, pero ha dejado de lado la indagación de otras manifestaciones religiosas. Esto por supuesto se debe a la hegemonía del catolicismo en la región latinoamericana, así como al progresivo avance que han experimentado los sectores evangélicos en los últimos años. Sin embargo, y salvo algunas excepciones situadas especialmente en Brasil, la academia no ha profundizado en la relación de otras denominaciones y comunidades religiosas con el derecho al aborto. No solo son prácticamente inexistentes los trabajos que abarquen el campo de las religiones mayoritarias a nivel global, pero minoritarias a nivel latinoamericano, como la judía o la musulmana. Adicionalmente, la investigación ha dejado de lado el conjunto de “otras” religiones, incluyendo las manifestaciones religiosas de los pueblos originarios de la región, en su relación con las prácticas de interrupción del embarazo.

El tercer nudo crítico lo constituye la escasa producción científica en torno a las rutas y mecanismos a través de los cuales actúan ciertos sectores pertenecientes al activismo religioso conservador, para evitar que las mujeres aborten. La mayoría de la literatura se ha enfocado en el impacto político de este

.....
¹⁰ En Honduras el aborto está penado sin excepción, pero el Código de Ética Médica admite el aborto solo para casos de riesgo de vida para la mujer.

activismo, ya sea a nivel ejecutivo, legislativo o judicial, pero se han dejado en un segundo plano las estrategias con las que buscan llegar a las mujeres embarazadas y evitar eventuales prácticas de aborto. Esto contrasta con lo evidenciado en Europa y los Estados Unidos, donde sí se han hecho estudios sobre el uso de la “acción directa”, la intervención de hospitales, el seguimiento a mujeres en clínicas de aborto, entre otras prácticas.

En cuarto lugar, si bien se han desarrollado análisis cuantitativos mediante modelos multivariados consistentes, así como descripciones densas mediante enfoques cualitativos sólidos, existen ciertos temas particulares que han sido abordados a través de metodologías que han permitido un alcance a veces limitado del conocimiento. Así por ejemplo, la mayoría de las investigaciones regionales concuerda en el poder de la jerarquía católica para impactar las agendas gubernamentales del aborto, en especial gracias a su presumida capacidad para influir sobre el voto católico. Sin embargo, y salvo algunas excepciones situadas específicamente en el caso brasileño, América Latina carece de investigación con modelos cuantitativos sofisticados, que permitan demostrar empíricamente la influencia real de esta iglesia sobre la masa votante en cada contexto, así como el verdadero impacto que concita en la ciudadanía religiosa la colocación del aborto en las agendas gubernamentales o de las candidaturas políticas. Otro ejemplo lo constituyen las investigaciones que han iluminado la relación de la religiosidad de las personas con el aborto. Existen análisis cuyos cuadros metodológicos han permitido indagar en las actitudes, imaginarios y representaciones sociales de las personas religiosas frente a la interrupción del embarazo. Sin embargo, este tipo de estudios no necesariamente predominan en la región, por lo que resulta relevante fortalecer la producción académica orientada a establecer los puntos de conexión entre los sentidos de la religiosidad y de las prácticas del aborto, a través de abordajes etnográficos o de otra índole, que permitan construir descripciones densas de los significados otorgados por los sujetos a estas articulaciones.

Si los anteriores puntos críticos se focalizan especialmente en las variables religiosas, el quinto lo constituye la variable “aborto”. La investigación regional ha analizado, desde diversos enfoques, las opiniones y actitudes de las personas religiosas y las Iglesias respecto del aborto como un concepto genérico y homogéneo, diferenciándose en general, apenas en función de los sistemas normativos de regulación (sistema de plazos o de causales) y de causales de despenalización (aborto por violación, por riesgo de vida, etcétera). Sin embargo, los análisis en pocas ocasiones han realizado diferencias respecto del tipo de práctica de aborto, siendo particularmente poco abordado el aborto medicamentoso. Desarrollar la relación entre la religión y este tipo de aborto cobra especial importancia en América Latina, puesto que ante la ausencia de sistemas legales y sanitarios que cubran satisfactoriamente la demanda de interrupción de los embarazos, muchas veces la autogestión de dicha interrupción se torna una vía recurrente.

Finalmente, un campo que merece ser desarrollado es el que tiene que ver con las implicaciones para las políticas de aborto, la elección de Jorge Bergoglio como Papa. La ausencia de investigaciones en este campo se entiende dado el breve tiempo transcurrido desde su entronización en 2013. Sin embargo, su figura denotó desde el primer momento, un nexo con el debate del aborto. El Papa de origen argentino “nació” en un *timing* perfecto, el mismo día que los movimientos feministas y de mujeres de Argentina celebraban el primer aniversario de un histórico fallo dictado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación de dicho país, que había zanjado de manera favorable una larga discusión respecto del alcance de la ley argentina de aborto no punible.¹¹ Así, el fenómeno del ahora llamado Papa Francisco, amerita un profundo análisis para indagar las continuidades y rupturas que pueda (o no) generar su figura en la agenda vaticana del aborto, así como en las políticas reproductivas de la región.

La investigación regional del último sexenio tuvo importantes avances en torno a comprender, de manera profunda, el binomio aborto-iglesias. En lo que sigue se requerirá una agenda renovada para indagar no solo las nuevas configuraciones que ha comenzado a adquirir esta relación en América Latina, sino además, para profundizar los hallazgos realizados en los últimos años, llenar los vacíos analíticos que aún persisten y balancear el estado del conocimiento a nivel geográfico.

.....
¹¹ Fallo denominado “F, A.L. s / medida autosatisfactiva”, del 13 de marzo de 2012.

VI. Referencias

1. Rosado-Nunes MJF. O aborto sob o olhar da religião: um objeto à procura de autor@s. *Estudos de Sociologia*. 2012;17(32): 21-43.
2. Vaggione JM. Sexualidad, religión y política en América Latina. En Corrêa S, Parker R. *Sexualidade e política na América Latina: histórias, interseções e paradoxos*. Rio de Janeiro: Sexuality Policy Watch; 2011. p. 286-336.
3. Vaggione JM. *Laicidad y sexualidad*. DF: UNAM; 2013.
4. Vaggione JM. Reactive Politicization and Religious Dissidence: The Political Mutations of the Religious. *Social Theory and Practice*. 2005;31(2):165-188.
5. Vaggione JM. La sexualidad en el mundo post secular. El activismo religioso y los derechos sexuales y reproductivos. En Gerlero MS. *Derecho a la Sexualidad*. Buenos Aires: Grinberg; 2009. p. 141-159.
6. Vaggione JM. Derechos sexuales y reproductivos. Repensando las dimensiones religiosas de la política. En VVAA. *Pensando los feminismos en Bolivia*. La Paz: Conexión Fondo de Emancipación; 2012. p. 297-318.
7. Vaggione JM. La 'cultura de la vida'. Desplazamientos estratégicos del activismo católico conservador frente a los derechos sexuales y reproductivos. *Religião & Sociedade*. 2012;32(2):57-80.
8. Esquivel JC. Cultura política y poder eclesiástico: Encrucijadas para la construcción del Estado laico en Argentina. *Archives de sciences sociales des religions*. 2009;(146):41-59.
9. Esquivel JC. Cuestión de educación (sexual). Pujas y negociaciones político-religiosas en la Argentina democrática. Buenos Aires: CLACSO; 2013.
10. Esquivel JC. Las estrategias discursivas de la Iglesia católica en torno a la educación sexual. En Vaggione JM, Mujica J. *Conservadurismos, religión y política. Perspectivas de investigación en América Latina*. Córdoba: Ferreyra/CIECS; 2013. p. 117-148.
11. Rosado-Nunes MJF, Citeli MT. Religiões na esfera pública: Estratégias institucionais de intervenção-Igreja Católica no Brasil. En Vaggione JM. *El activismo religioso conservador en Latinoamérica*. Córdoba: Ferreyra/CIECS; 2010. p. 19-45.
12. Araujo K. Sobre ruidos y nueces: debates chilenos en torno a la sexualidad. En Vaggione JM. *El activismo religioso conservador en Latinoamérica*. Córdoba: Ferreyra/CIECS; 2010. p. 77-108.

13. Amuchástegui A, Cruz G, Aldaz E, Mejía MC. Politics, Religion and Gender Equality in Contemporary Mexico: women's sexuality and reproductive rights in a contested secular state. *Third World Q.* 2010;31(6): 989-1005.
14. Gutiérrez MA. Voces polifónicas: sexualidades e identidades de género. Debate con el fundamentalismo religioso. En Vaggione JM. *El activismo religioso conservador en Latinoamérica.* Córdoba: Ferreyra/CIECS; 2010. p. 109-148.
15. Rostagnol S. Disputas sobre el control de la sexualidad: Activismo religioso conservador y dominación masculina. En Vaggione JM. *El activismo religioso conservador en Latinoamérica.* Córdoba: Ferreyra/CIECS; 2010. p. 149-170.
16. Komura Hoga LA, Alves Tiburcio C, Vilela Borges AL, Campos Pavone Zoboli EL, Chavez-Alvarez RE. Counseling Regarding Sexual and Reproductive Behavior: Principles and Practices of Catholic Priests. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2010;18(6):1237-1245.
17. Luna N. Aborto e células-tronco embrionárias na campanha da fraternidade: ciência e ética no ensino da Igreja. *Revista Brasileira De Ciências Sociais.* 2010;25(74):91-105.
18. Felitti K. Estrategias de comunicación del activismo católico conservador frente al aborto y el matrimonio igualitario en la Argentina. *Soc. relig.* 2011 enero-junio;21(34/35):92-122.
19. Souza Rebouças MS, Dutra EMS. Não nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto. *Psicologia em Estudo.* 2011;16(3):419-428.
20. Rosado-Nunes MJF. O tema do aborto na Igreja Católica: divergências silenciadas. *Ciência e Cultura.* 2012;64(2): 23-31.
21. Berntzen E. Religion and Politics in Nicaragua: What Difference does a Revolution Make? *Iberoamericana. Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies.* 2012;41(1/2):159-182.
22. Morán Faúndes JM. Feminismo, Iglesia Católica y derechos sexuales y reproductivos en el Chile post-dictatorial. *Revista Estud Fem.* 2013;21(2):485-508.
23. Morán Faúndes JM, Peñas Defago MA. ¿Defensores de la vida? ¿De cuál "vida"? Un análisis genealógico de la noción de "vida" sostenida por la jerarquía católica contra el aborto. *Sex Salud Soc.* 2013 diciembre;(15):10-36.
24. Venegas Ahumada CA. El aborto en los países de la subregión andina: discursos, políticas y resistencias. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales.* 2013;(56):1-45.
25. Rabbia HH, Sgró Ruata MC. Posiciones sobre aborto en Argentina: de la Conferencia Episcopal a las opiniones de los/as ciudadanos/as católicos/as. *Política & Sociedade.* 2014;13(26):195-219.
26. Campos Machado MdD. Religião, cultura e política. *Religião e Sociedade.* 2012;32(2):29-56.

27. Luna N. A controvérsia do aborto e a imprensa na campanha eleitoral de 2010. *Cad. CRH*. 2014;27(71):367-391.
28. Carbonelli M, Mosqueira M, Felitti K. Religión, sexualidad y política en la Argentina: intervenciones católicas y evangélicas entorno al aborto y el matrimonio igualitario. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle*. 2011;9(36):25-43.
29. Campos Machado MD. Aborto e ativismo religioso nas eleições de 2010. *Revista Brasileira de Ciência Política*. 2012;7:25-54.
30. Campos Machado MD. Discursos pentecostais em torno do aborto e da homossexualidade na sociedade brasileira. *Cultura y Religión*. 2013;7(2):48-68.
31. Jones D, Cunial S. Derrota parlamentaria y reposicionamiento político de actores religiosos: el rechazo de la federación Alianza Cristiana de Iglesias Evangélicas de la República Argentina (ACIERA) a la ley de matrimonio igualitario. *Soc. relig*. 2012;22(37):85-122.
32. Jones DE y Carbonelli ME. Evangélicos y derechos sexuales y reproductivos: actores y lógicas políticas en la Argentina contemporánea. *Ciências Sociais Unisinos*. 2012;48(3):225-234.
33. Diniz S. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2012;20(39):125-132.
34. Galdino E. Sucessão presidencial no Brasil: o viés religioso nas eleições de 2010. *Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle*. 2012;10(37):135-139.
35. Jones D, Azparren A, Cunial S. Derechos reproductivos y actores religiosos: los evangélicos frente al debate sobre la despenalización del aborto en la Argentina contemporánea (1994-2011). *Espacio Abierto*. 2013;22(1):110-133.
36. Da Cunha CV y Leite Lopes PV. *Religião e Política: uma análise da atuação de parlamentares evangélicos sobre direitos das mulheres e de LGBTs no Brasil Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll/ISER; 2013.*
37. Komura Hoga LA, Caçapava Rodolpho JR, de Souza Penteado PE, Vilela Borges AL, Chávez Álvarez RE. Religiosity and sexuality: Counseling provided by Brazilian Protestant pastors. *Sex Reprod Healthc*. 2013;4(2):57-63.
38. Luna N. O direito à vida no contexto do aborto e da pesquisa com células tronco embrionárias: disputas de agentes e valores religiosos em um estado laico. *Religião e Sociedade*. 2013;33(1):71-97.
39. Luna N. Aborto no Congresso Nacional: o enfrentamento de atores religiosos e feministas em um Estado laico. *Revista Brasileira de Ciência Política*. 2014;(14):83-109.

40. Luna N. A Polêmica do Aborto e o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos. *Dados*. 2014 enero-marzo;57(1):237-275.
41. Carbonelli M, Irrazábal G. Católicos y evangélicos. ¿Alianzas religiosas en el campo de la bioética argentina? *Nómadas*. 2010;(26):269 - 284.
42. Petchesky R. From Population Control to Reproductive Rights: Feminist Fault Lines. *Reprod Health Matters*. 1995;3(6):152-161.
43. Htun M. Sex and the State. *Abortion, Divorce and the family Under Latin American Dictatorships and Democracies*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
44. Nugent G. El orden tutelar: Sobre las formas de autoridad en América Latina. Lima: DESCO/CLACSO; 2010.
45. Fontes Andrade LM. O enquadramento do aborto na mídia impressa brasileira nas eleições 2010: a exclusão da saúde pública do debate. *Cien Saude Colet*. 2012;17(7):1805-1812.
46. Campos de Almeida TM, Bandeira LM. O aborto e o uso do corpo feminino na política: a campanha presidencial brasileira em 2010 e seus desdobramentos atuais. *Cad. Pagu*. 2013;(41):371-403.
47. Pierucci AF. Eleição 2010: desmoralização eleitoral do moralismo religioso. *Novos Estud. - CEBRAP*. 2011;(9):6-15.
48. Rennó L, Ames B. PT no purgatório: ambivalência eleitoral no primeiro turno das eleições presidenciais de 2010. *Opin. Publica*. 2014;20(1):1-25.
49. Hernández Vicencio T. El Partido Acción Nacional en la lucha por la no despenalización del aborto en el Distrito Federal. *Andamios*. 2011 enero-abril;8(15):367-396.
50. Hernández Vicencio T. La Iglesia Católica en la lucha por la contrarreforma religiosa en México. *Desacatos*. 2014;(44):143-158.
51. Dos Santos JL. *Espiritismo. Uma religião brasileira*. São Paulo: Moderna; 1997.
52. Mujica J. La tradición y la vida. Sobre los grupos conservadores y la democracia contemporánea. En Vaggione JM. *El activismo religioso conservador en Latinoamérica*. Córdoba: Ferreyra/CIECS; 2010. p. 171-191.
53. Mujica J. Transformaciones políticas de los grupos conservadores en el Perú. En Corrêa S, Parker R. *Sexualidade e política na América Latina: histórias, interseções e paradoxos*. Rio de Janeiro: Sexuality Policy Watch; 2011. p. 337-349.
54. Mujica J. *Economía política del cuerpo. La reestructuración de los grupos conservadores y el biopoder*. Lima: Promsex; 2007.

55. Morán Faúndes JM, Monte ME, Drovetta R, Sánchez L. 'La inevitable maternidad'. Actores y argumentos conservadores en casos de aborto no punible en la Argentina. En Peñas Defago MA, Vaggione JM. Actores y discursos conservadores en los debates sobre sexualidad y reproducción en Argentina. Córdoba: Ferreyra/CIECS; 2011. p. 127-156.
56. Peñas Defago MA, Campana M. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Análisis de los debates en los medios de prensa de la sanción de la Ley 25.673. En Peñas Defago MA, Vaggione JM. Actores y discursos conservadores en los debates sobre sexualidad y reproducción en Argentina. Córdoba: Ferreyra/CIECS; 2011. p. 23-48.
57. Ruibal A. Movement and counter-movement: a history of abortion law reform and the backlash in Colombia 2006–2014. *Reprod Health Matters*. 2014;22(44):42-51.
58. Ruibal A. Feminismo frente a fundamentalismos religiosos: mobilização e contramobilização em torno dos direitos reprodutivos na América Latina. *Revista Brasileira de Ciência Política*. 2014;(14):111-138.
59. Peñas Defago MA, Morán Faúndes JM. Conservative litigation against sexual and reproductive health policies in Argentina. *Reprod Health Matters*. 2014;22(44):82-90.
60. Lemaitre Ripoll J. By reason alone: Catholicism, constitutions, and sex in the Americas. *International Journal of Constitutional Law*. 2012. 10(2):493-511.
61. Lemaitre Ripoll J. Laicidad y resistencia: movilización católica contra los derechos sexuales y reproductivos en América Latina. DF: UNAM; 2013.
62. Gudiño Bessone P. La disputa por la legalización del aborto en Argentina. Los usos políticos del Nunca Más. *Sociedad & Equidad*. 2012;4:165-181.
63. Morgan L. Claiming Rosa Parks: conservative Catholic bids for 'rights' in contemporary Latin America. *Cult Health Sex*. 2014;16(10):1245-1259.
64. Peñas Defago MA. Los estudios en bioética y la Iglesia Católica en los casos de Chile y Argentina. En Vaggione JM. *El activismo religioso conservador en Latinoamérica*. Córdoba: Ferreyra/CIECS; 2010. p. 47-76.
65. Irrazábal G. Bioética y catolicismo. Dificultades en torno a la constitución de una identidad colectiva. *Religião & Sociedade*. 2010;30(1):101-116.
66. Teresa Rodríguez AM. Nuestra patria está en peligro: las cunas están vacías. Catolicismo y natalismo en Argentina en los años treinta. *Secuencia: Revista de historia y ciencias sociales*. 2009;75:67-95.

67. Siverino Bavio P. Bioética y Derechos Humanos. La bioética ‘confesional’ como estrategia. En Vaggione JM, Mujica J. Conservadurismos, religión y política. Perspectivas de investigación en América Latina. Córdoba: Ferreyra/CIECS; 2013. p. 195-236.
68. Irrazábal G. El derecho al aborto en discusión: la intervención de grupos católicos en la comisión de salud de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. Sociologías. 2010;12(24):308-336.
69. Irrazábal G. La retaguardia bioética católica. ¿Diferenciaciones en el campo del conservadurismo religioso en Argentina? En Vaggione JM, Mujica J. Conservadurismos, religión y política. Perspectivas de investigación en América Latina. Córdoba: Ferreyra/CIECS; 2013. p. 237-271.
70. Mujica J. Microscopio. De la bioética a la biopolítica. Lima: Promsex; 2009.
71. Maier E. Discursos, actores y estrategias en la disputa por el significado de la vida y los derechos reproductivos. Región y Sociedad. 2010;XXII(49):201-238.
72. Chia E. Prohibición del aborto: ¿Protección de la santidad de la vida o coacción de la autonomía sexual de las mujeres? Nomadías. 2012;(15):44-67.
73. Jones D, Peñas Defago MA, Godoy-Anativia M. Religiones, Matrimonio Igualitario y Aborto. Alianzas con y entre Actores Religiosos por los Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina. Córdoba/Nueva York: CDD/NYU; 2013.
74. de Campos Gomez E. “Fé racional” e “Abundância”: família e aborto a partir da ótica da Igreja Universal do Reino de Deus. Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana. 2009;2:97-120.
75. Fuentes Belgrave L. Afirmar la autonomía reproductiva en la disidencia religiosa. Iconos. Revista de Ciencias Sociales. 2013;45:59-74.
76. Vaggione JM. La politización de la sexualidad y los sentidos de lo religioso. Soc. relig. 2014;24(42):209-226.
77. Gudiño Bessone P. Experiencia, aborto y maternidad en las católicas feministas. Nómadas. 2012;34(2):1-15.
78. Dides C, Benavente MC, Sáez I, Morán Faúndes JM. Estudio de opinión pública sobre aborto y derechos sexuales y reproductivos en Brasil, Chile, México y Nicaragua. Santiago: FLACSO; 2011.
79. Centro de Políticas Públicas UC. Encuesta Nacional Bicentenario Universidad Católica – Adimark. Santiago: Universidad de Chile; 2014.
80. Católicas por el Derecho a Decidir - Perú. Sexualidad, Religión y Estado: percepciones de católicos y católicas. Lima: CDD-Perú; 2011.

81. Católicas por el Derecho a Decidir - México. Encuesta de Opinión Católica en México 2010. DF: CDD-México; 2010.
82. Pew Research Center. Religion in Latin America. Widespread Change in a Historically Catholic Region. Washington: Pew Research Center; 2014.
83. Beltrán WM. Descripción cuantitativa de la pluralización religiosa en Colombia. *Universitas Humanística*. 2012;(73):201-237.
84. Beltrán WM. Pluralización religiosa y cambio social en Colombia. *Theologica Xaveriana*. 2013;63(175):57-85.
85. Ribeiro da Silva DV, Cabello Di Flora M. A religião e o discurso de mulheres sobre o abortamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2010;26(1):193-196.
86. Palermo TM, Wilson KS, García SG, Díaz-Olavarrieta C. Abortion and women's roles in society: opinions from Tlaxcala, Mexico. *Salud Publica Mex*. 2010;52(1):52-60.
87. Ogland CP, Verona AP. Religion and Attitudes Toward Abortion and Abortion Policy in Brazil. *J Sci Study Relig*. 2011;50(4):812-821.
88. Fediakova E. Tradición religiosa y juventud evangélica chilena - 1990-2008: ¿“Choque de generaciones”? *Estudios Ibero-Americanos*. 2010;36(1):87-117.
89. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Cien Saude Colet*. 2010;15(1):959-966.
90. Hoffmann Mortari CL, Martini JG, Aldana Vargas M. Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro. *Rev. esc. enferm*. 2012;46(4):914-921.
91. Santos Pereira Darzé OI, Gonçalves Azevêdo BK. Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(1):5-9.
92. De Zordo S, Mishtal J. Physicians and Abortion: Provision, Political Participation and Conflicts on the Ground—The Cases of Brazil and Poland. *Women's Health Issues*. 2011;21(Supl 3):S32–S36.
93. Alves Duarte G, Duarte Osis MJ, Faúndes A, De Sousa MH. Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. *Rev. Saúde Pública*. 2010;44(3):406-420.
94. Blancarte R. Para entender el Estado laico. DF: Nostra; 2008.
95. Maier E. Disputando la hegemonía de los sentidos culturales. Cuerpos, actores emergentes y nuevas ciudadanías. *Culturales*. 2014 julio-diciembre;II(2):63-79.
96. Lorea RA. Brazilian Secularity and Minorities in the Biggest Catholic Nation in the World. *Archives de Sciences Sociales des Religions*. 2009;(146):81-97.

97. Esquivel JC. Religión y política en Argentina. La influencia religiosa en las Constituciones provinciales. *Revista de Direito da Cidade*. 2014;6(2):348-368.
98. Huaco Palomino MA. Procesos constituyentes y discursos contra-hegemónicos sobre laicidad, sexualidad y religión: Ecuador, Perú y Bolivia. Buenos Aires: CLACSO; 2013.
99. Uribe Álvarez R. Ética laica de los derechos sexuales y reproductivos en el Estado constitucional. *Criterio Jurídico*. 2012;12(2):103-120.
100. Diniz D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. *Cad Saude Publica*. 2013;29(9):1704-1706.
101. Miguel LF. Aborto e democracia. *Revista Estud Fem*. 2012;20(3):657-672.
102. Lemaitre Ripoll J. Anti-clericales de nuevo: La Iglesia Católica como un actor político ilegítimo en materia de sexualidad y reproducción en América Latina. En *VVAA. Derecho y Sexualidades*. Buenos Aires: Librería; 2010. p. 286-304.
103. Casanova J. *Public Religions in the Modern World*, Chicago/London: The University of Chicago Press; 1994.

6. OPINIÓN PÚBLICA Y ABORTO

La sociedad discute sobre el aborto en América Latina

Mónica Petracci

Resumen

El objetivo de este capítulo es presentar un estado del arte sobre aborto y opinión pública en América Latina entre 2009 y 2014, disponible en bases de datos electrónicas. Se diseñó una metodología de tres etapas: 1) búsqueda en bases de datos electrónicas a partir de palabras clave (fueron encontradas 363 publicaciones); 2) revisión exploratoria y definición de criterios de inclusión; 3) definición de la muestra final (n:9). Los países seleccionados fueron: México, Brasil, Argentina, Chile, El Salvador, Nicaragua y Uruguay. Los hallazgos muestran que el aborto es uno de los asuntos más controvertidos de la agenda pública en América Latina. La mayoría apoyó el derecho al aborto en circunstancias específicas: violación, peligro de vida de la mujer, malformación del feto, peligro para la salud física y psíquica de la mujer. El capítulo concluye con la propuesta de una agenda de investigación y de acciones comunicacionales. La agenda de investigación enfatiza los estudios cualitativos, en tanto que la agenda comunicacional busca fortalecer el derecho al aborto en la agenda pública.

Palabras clave

Aborto, opinión pública, América Latina, derechos sexuales y reproductivos

I. Introducción

Como cuestión social, el aborto sobrelleva la carga de una tensa polémica, de legislaciones nacionales discrepantes y del histórico registro de la práctica de las mujeres ante embarazos que decidieron interrumpir. De esa triple persistencia, el foco de este capítulo apuntará a la primera de ellas, el debate en el espacio público y político de dos posturas: una que defiende el derecho a la vida del feto desde la concepción y otra que respalda un concepto básico del derecho a la libertad, la autonomía de decisión de las mujeres sobre sus cuerpos y una ética laica que sostiene la distinción entre derecho y moral.

Desde esta última postura, el objetivo de este capítulo es presentar un estado del arte del conocimiento sobre aborto y opinión pública en la región de América Latina, producido en el período 2009-2014, disponible en bases de datos electrónicas.

Se entiende al estado del arte como “una propuesta de investigación de la investigación” (1) cuyos propósitos en este estudio, tienen una doble dirección: renovar la producción académica mediante el trazado de nuevos rumbos investigativos, basados en el análisis y la reflexión sobre resultados y tendencias, metodologías, vacíos o lagunas de conocimiento, y aplicar los hallazgos a la orientación del trabajo de la comunidad de investigadores y activistas, para implementar acciones de incidencia hacia los tomadores de decisión y acciones comunicacionales, las cuales fortalezcan el escenario de voces plurales del debate.

Otro concepto a definir es el de opinión pública. Desde una “posición optimista” sobre sus propiedades (2), se considera que la opinión pública es un fenómeno social racional y estable, si cambia o fluctúa lo hace en forma predecible, está asentada en un sistema de creencias y valores e incide en la toma de decisiones políticas. Las encuestas no son la única, ni la mejor expresión de la opinión pública, pero permiten acceder a posturas y agendas.

Si el reconocimiento de la opinión pública es un fundamento clave de legitimación de los sistemas democráticos, su conocimiento a través de los resultados de las investigaciones empíricas, es un medio para visibilizar las tendencias y el grado de solidez de las mismas, de las opiniones de la ciudadanía acerca de los temas de agenda y también para legitimar políticas públicas, cuya formulación e implementación toma en cuenta los intereses y las necesidades de su población destinataria.

Las evidencias sobre la opinión pública provenientes de las investigaciones empíricas, en suma, aportan valor a la agenda pública y a las políticas públicas y permiten describir tendencias y explicar los variados, y a veces contradictorios, motivos de las mismas. Pero también son reveladoras de los “consensos extrapolíticos” (3, p93) de la ciudadanía, que provocan cambios en una sociedad. Más que un conjunto

de “representaciones” fijas (3, p93) o de elecciones ideológicas y muestran los consensos tejidos por la ciudadanía ya sea con pares, políticos o con medios o por fuera de ellos.

Las publicaciones académicas sobre aborto y opinión pública en América Latina, surgieron durante los procesos de democratización de las últimas décadas del siglo XX. Su número es escaso en el campo de la opinión pública (si se le compara con los estudios preelectorales), y en el del aborto (si se le compara con los estudios por ejemplo, sobre prácticas y experiencias de las mujeres). En una primera revisión de la literatura publicada entre 1985 y 2005 en la región, se reportaron 26 estudios, 11 en Brasil, 11 en México, tres en Argentina y tres en Colombia (4).

El inicio de los estudios sobre aborto y opinión pública en América Latina, cuya producción y circulación partió de ámbitos académicos, ocurrió durante los procesos de democratización de las últimas décadas del siglo XX cuando, a diferencia de las democracias centrales (5), el debate y la movilización social, se asomaron para defender el derecho de las mujeres a su acceso como parte de la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Ello ocurrió en el marco de un contexto político y social, cuyos valores y representaciones sociales fueron acuñados en un orden simbólico condenatorio de la práctica del aborto y de los derechos de las mujeres y mantenidos a través de las concepciones restrictivas de los sectores políticos conservadores, unidas al peso de la Iglesia Católica.

Con diferencias en la intensidad del debate y en los cambios normativos logrados en cada país, la opinión pública fue, y continúa siendo, una voz más que junto con trabajadores de medios, sectores políticos, asociaciones profesionales y académicas entre otros actores sociales, se sumó a las voces activistas históricas del feminismo y el movimiento de mujeres, para incorporar opiniones y prácticas de mujeres y varones a la discusión pública. Prácticas que, en el caso del aborto, continúan siendo riesgosas para las mujeres, sobre todo para las pobres y costosas para la salud pública.

Un recorrido somero por la región latinoamericana encuentra discusiones públicas sobre aborto: algunas concluyeron en cambios normativos como en la capital de México, que desde 2007 despenalizó el aborto a petición de la mujer hasta las 12 semanas de embarazo y en Uruguay, donde se sancionó en 2012 una ley que despenalizó el aborto antes de las 12 semanas de gestación.

Otras son más recientes como las discusiones en República Dominicana sobre la Reforma del Código Penal, que permite el aborto terapéutico o en Chile, a consecuencia del proyecto que impulsa la presidenta Bachelet para despenalizar la interrupción voluntaria del embarazo en algunas circunstancias. Otras discusiones públicas, como en la Argentina no son nuevas pero se estancaron, como ocurrió en 2014 tras el fracaso en la Cámara de Diputados del intento de sacar dictamen del proyecto de despenalización del aborto.

Los debates sobre el aborto tienen una presencia destacada en la agenda pública y mediática. La sociedad, con las características particulares asumidas por la participación social y política en las culturas políticas nacionales, afronta el tema. No obstante, para obstruir y evitar el debate, las clases políticas dirigidas esgrimen el argumento de la falta de preparación y maduración social.

A diferencia de ese argumento, la hipótesis de trabajo sostenida en esta revisión crítica, refiere que la sociedad no solo está preparada, sino que está dando ese debate aun con las piedras interpuestas en el camino, y las que seguramente se interpondrán en cada país de la región, para defender el derecho al aborto.

II. Metodología

De acuerdo con el objetivo propuesto, el diseño metodológico comprendió tres etapas: búsqueda de publicaciones en revistas indexadas disponibles en bases de datos electrónicas, revisión exploratoria del resultado de la búsqueda, delimitación de criterios de inclusión-exclusión y definición de la muestra.

En la primera etapa de búsqueda de publicaciones, el universo de análisis quedó definido como el conjunto de la producción académica en el campo de las ciencias sociales y de la salud, publicada entre 2009 y 2014, que analiza empíricamente los estados de la opinión pública sobre aborto en la región de América Latina y disponible en bases de datos científicas o de acceso en Internet. Para la búsqueda se definieron los siguientes grupos genéricos de palabras clave: aborto, opinión pública, sondeos de opinión, encuestas, América Latina, 2009-2014. Fue implementada en bases de datos y repositorios internacionales, regionales y nacionales, a partir de un criterio amplio respecto del número y diversidad de fuentes a revisar. La búsqueda fue realizada por el Centro de Información del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), a través de la licenciada Sandra Raiher, Investigadora Adjunta y Coordinadora del mismo, quien asesoró sobre las bases de datos a consultar, las búsquedas, y la localización.

A partir de estrategias específicas de búsqueda y recuperación de registros para cada fuente en función de las palabras clave disponibles fueron consultadas: Google Scholar, Medline, Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (Internacional), PubMed Central (Internacional) y PubMed, Medline, BASE (Bielefeld Academic Search Engine), RepoCLACAI (Repositorio del CLACAI), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), Redalyc, LA REFERENCIA (Red Federada de Repositorios Institucionales de Publicaciones Científica), SNRD (Sistema Nacional de Repositorios Digitales de Argentina). Las características principales de las bases de datos seleccionadas se indican en la **Tabla I**, columna 7 Definición de cada base. El resultado de la búsqueda inicial arrojó 363 registros (**Tabla I**, columna 2).

La segunda etapa metodológica para precisar la búsqueda inicial, consistió en la revisión de cada uno de los 363 registros obtenidos en la etapa anterior, para determinar las repeticiones, las exclusiones, y las inclusiones definitivas. Del total de registros, el 25% fue “repetición” (**Tabla I**, última fila), especialmente en algunas bases (Medline, LILACS, Google Scholar), ya sea en la misma o en otras bases de la búsqueda (**Tabla I**, columnas 3 y 4). Los criterios de inclusión-exclusión se definieron con base en el objetivo general y la revisión exploratoria de los registros encontrados. Además del período, la región y el tema, fueron criterios de inclusión el tipo de formato académico (artículo en revistas científicas o presentado a una actividad académica, libro, capítulo de libro), el tipo de muestra (probabilística representativa a nivel nacional, provincial o local), y la unidad de análisis (población general). Si bien forman parte del campo de estudios de opinión pública, fueron excluidos los estudios sobre las opiniones de subsectores de la población como los profesionales de la salud, los jueces y los funcionarios judiciales, los varones, los estudiantes, etcétera, dado que son abordados en otros artículos de esta revisión crítica de resultados y metodologías de las investigaciones sobre aborto inducido convocada por CLACAI.

Conforme a esos criterios, fue excluido el 73% de los registros e incluido el 2% (véase **Tabla I**, columnas 5 y 6, respectivamente).

La descripción de las 265 exclusiones figura en la **Tabla II**. Si bien, la exclusión de un registro podía deberse a más de un motivo, la categorización fue excluyente para elaborar la tabla. De ese total, la mayor concentración de menciones, el 46%, corresponde a registros referidos al campo de la salud. El 18% corresponde a estudios cuyas unidades de análisis no corresponden a la población general sino que se trata, de mayor a menor cantidad de menciones, de profesionales de la salud, estudiantes (en especial de medicina y derecho), adolescentes y jóvenes varones, funcionarios judiciales y usuarios del sistema de salud. El 9% corresponde a registros cuyo ámbito geográfico estaba ubicado fuera de la región de América Latina: España, Estados Unidos, Sudáfrica, Turquía y Vietnam, entre otros.

En la tercera etapa, aplicados los criterios de inclusión y exclusión, la muestra definitiva quedó conformada por 9 publicaciones (6-14) correspondientes a las siguientes bases de datos: 2 en Google Scholar (7,13), 4 en Medline (9-12), 1 en BASE (14), 2 en RepoCLACAI (6,8).

Tabla I. Descripción de los registros de la búsqueda inicial por base consultada según repeticiones y exclusiones

Bases consultadas	Núm. de registros. Búsqueda 1	Núm. de repeticiones en la misma base	Núm. de repeticiones en otra/s base/s	Núm. de registros excluidos	Núm. de registros seleccionados	Definición de cada base
Google Scholar	56	5	9	40	2	Buscador de Google especializado en artículos de revistas científicas, enfocado en el mundo académico y soportado por una base de datos disponible libremente en Internet que almacena trabajos de investigación científica.
Medline	99	28	4	63	4	Motor de búsqueda producido por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.
PubMed Central (71)-Pubmed Medline (7)	78	6	0	72	0	Proyecto desarrollado por la National Center for Biotechnology Information (NCBI). Permite el acceso a bases de datos bibliográficas como Medline, PreMedline (citas enviadas por editores), Genbak y Complete Genoma.
BASE	53	1	11	40	1	Motor de búsqueda multidisciplinario para recursos académicos de acceso abierto creado por la Biblioteca de la Universidad de Bielefeld, Bielefeld, Alemania.

Bases consultadas	Núm. de registros. Búsqueda 1	Núm. de repeticiones en la misma base	Núm. de repeticiones en otra/s base/s	Núm. de registros excluidos	Núm. de registros seleccionados	Definición de cada base
RepoCLACAI	5	0	0	3	2	Iniciativa administrada por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), para estimular la colaboración entre instituciones, grupos e individuos que conforman CLACAI en el campo del aborto en la región latinoamericana.
LILACS	47	19	2	26	0	Índice de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), comprensivo de la literatura científica y técnica en Salud de América Latina y el Caribe. LILACS, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud.

Bases consultadas	Núm. de registros. Búsqueda 1	Núm. de repeticiones en la misma base	Núm. de repeticiones en otra/s base/s	Núm. de registros excluidos	Núm. de registros seleccionados	Definición de cada base
Redalyc	7	1	1	5	0	Proyecto impulsado por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), La Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal tiene el objetivo de contribuir a la difusión de la actividad científico-editorial que se produce en, y sobre Iberoamérica.
LA REFERENCIA	12	0	2	10	0	Servicio que apoya estrategias de Acceso Abierto en América Latina con artículos científicos, tesis doctorales y de maestría, provenientes de más de un centenar de universidades e instituciones de investigación. Está basada en acuerdos entre organismos públicos de ciencia y tecnología de los países miembros y la RedCLARA.

Bases consultadas	Núm. de registros. Búsqueda 1	Núm. de repeticiones en la misma base	Núm. de repeticiones en otra/s base/s	Núm. de registros excluidos	Núm. de registros seleccionados	Definición de cada base
SNRD - Sistema Nacional de Repositorios Digitales	6	0	0	6	0	Iniciativa del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de Argentina, conjuntamente con el Consejo Interinstitucional de Ciencia y Tecnología (CICYT).
TOTAL	363	60	29	265	9	
Porcentaje	100	25	-	73	2	

Tabla II. Categorización de los criterios de exclusión de la selección inicial de registros

	Google Scholar	Medline	PubMed	BASE	RepoCLACAI	LILACS	Redalyc	LA REFERENCIA	SNRD	Total	Porcentaje
Fuera de fecha (1)	0	0	0	3	1	0	2	6	0	12	5
Fuera de región (2)	16	2	0	4	0	1	1	0	0	24	9
Fuera de tema: cuestiones teóricas y conceptuales vinculadas con el aborto, ensayos (3)	10	1	0	19	0	3	0	1	5	39	15
Fuera de tema: cuestiones vinculadas con epidemiología, medicina, salud de la mujer (4)	3	39	0	4	0	3	0	2	0	51	19

	Google Scholar	Medline	PubMed	BASE	RepoCLACAI	LILACS	Redalyc	LA REFERENCIA	SNRD	Total	Porcentaje
Fuera de tema: Cuestiones de salud general (5)	0	0	72	0	0	0	0	0	0	72	27
Fuera de tema: ciencias sociales y salud (6)	5	9	0	0	0	1	0	0	0	15	6
Fuera de formato (videos) (7)	1	0	0	2	1	1	0	0	0	5	2
Fuera de unidad de análisis (5)	5	12	0	8	1	17	2	1	1	47	18
Jóvenes, adolescentes	1	0	0	2	0	1	0	1	1	6	
Estudiantes	1	1	0	2	1	2	1	0	0	8	
Profesionales de la salud, personal de salud	2	9	0	2	0	11	0	0	0	24	
Usuarios del sistema de salud	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
Funcionarios judiciales	1	2	0	1	0	0	0	0	0	4	
Varones	0	0	0	1	0	2	1	0	0	4	
TOTAL	40	63	72	40	3	26	5	10	6	265	100

(1) Registros publicados antes del período 2009-2014.

(2) Registros cuyo objeto de investigación no correspondía a la región de América Latina.

(3) Registros cuyo tema principal es el aborto, pero que no contienen investigaciones empíricas ni referencias a la opinión pública. Se trata de ensayos y reflexiones sobre ética, derecho, filosofía, etcétera).

(4) Registros cuyo tema principal son cuestiones epidemiológicas y las consecuencias del aborto para la salud de la mujer.

(5) Registros cuyo tema principal son cuestiones de salud en general.

(6) Registros cuyo tema principal refiere a ciencias sociales y salud.

(7) Registros cuyo formato no es el del artículo o el libro académicos.

(8) Registros referidos a opiniones sobre aborto pero cuya unidad de análisis no es la población en general.

III. Resultados

En esta sección se presentan los hallazgos de las cuatro temáticas sobre las cuales se estructuró el análisis: los resultados de la búsqueda y el proceso de la selección, las características descriptivas, metodológicas y analíticas de la muestra seleccionada, la respuesta a las preguntas sobre aborto y las tendencias de la opinión pública.

III.1. Los resultados de la búsqueda y el proceso de la selección

Los nueve estudios resultantes de la aplicación de los criterios de inclusión-exclusión definidos para esta búsqueda evidencian que la producción académica sobre aborto y opinión pública es escasa respecto de otras dimensiones de la problemática (circuitos recorridos por las mujeres solas o en compañía, para hacer un aborto, análisis jurídicos, etcétera). Si bien es cierto que en esta búsqueda solo fueron incluidos los estudios de opinión pública en la población general, una revisión previa de estudios cuantitativos sobre opiniones acerca del aborto en América Latina y el Caribe publicados en un período de 20 años (1985-2005), que incluyó estudios de la población general y de otros grupos, como los profesionales de la salud, había arrojado 26 estudios (4).

Cabe señalar que en el análisis se hará referencia a publicaciones (15,16-17,18,19,20,21) sobre aborto y opinión pública en el período considerado algunas conocidas de antemano y otras halladas durante la realización de este estado del arte, por la autora de este capítulo, las cuales no habían surgido de la búsqueda en las bases de datos mencionadas. Dichas publicaciones no formaron parte de la muestra definitiva, dado que la decisión fue priorizar y mantener los criterios del diseño metodológico.

III.2. Las características descriptivas, metodológicas y analíticas de la muestra seleccionada (Tabla III)

Respecto de las características descriptivas, se analizó el tipo de publicación, el/los países sobre los que versa el análisis y las fechas de publicación. Excepto una material realizado por una institución académica en formato de libro (8), el resto –como era de esperarse–, son artículos científicos (6,7,9-14). Con relación a los países, siete artículos refieren a un único país a nivel nacional o de localidades específicas (6,7,9-12,14), un artículo analiza cuatro naciones (8) y uno analiza dos Estados (13). El más mencionado es México (seis menciones). En segundo lugar Brasil (dos menciones). Un ordenamiento similar se registró en una revisión sobre estudios de opinión pública en América Latina realizada en 2006 (4). También son analizados: Argentina, Chile, El Salvador, Nicaragua y Uruguay (una mención en cada caso). Dentro del período considerado, el año que concentra una mayor cantidad de publicaciones es 2011 (8-11).

Respecto de las características metodológicas, se analizaron las fechas de los trabajos de campo, el lapso entre la realización del estudio y la publicación académica, el tipo de datos y de muestreo. Dos de los nueve estudios incluyeron el análisis de más de un intervalo temporal (11-13). El lapso entre la realización de los trabajos de campo y la publicación tiene un valor mínimo de dos años, diferencia que concentra el mayor número de menciones y un valor máximo de 14 años. En cuanto al tipo de datos, en seis casos son primarios (7,8,10-12,14) y en tres se trata de datos secundarios analizados de bases de datos de encuestas sistemáticas (6,9,13). Todas las muestras son representativas.

Dentro de las características metodológicas, un comentario especial merecen los cuestionarios y el fraseo de las preguntas. El tema que fue abordado en la revisión previa mencionada (4), ocupa un lugar importante en la agenda de los investigadores de la región, viene siendo expresado como una inquietud en las numerosas presentaciones y reuniones regionales de la comunidad académica, en las que se presentan datos de opinión pública sobre aborto y forma parte de intercambios entre investigadores. De la información explicitada en las publicaciones de este análisis se desprenden tres características del diseño de los cuestionarios: la revisión y sistematización de encuestas previas (8), la elaboración conjunta de las preguntas con organizaciones de la sociedad civil (7-9) y el cuidado de los sesgos mediante el análisis resultante de la inclusión de dos tipos de formulaciones de preguntas en un mismo estudio (6).

Respecto de las características analíticas, la mayoría de las investigaciones consideradas en los artículos incluyó análisis multivariados, especialmente de regresiones logísticas, de amplia difusión en las ciencias sociales (7-14). En la literatura fue señalada la carencia de estudios longitudinales sobre aborto y opinión pública (23). En este análisis, solo un estudio (6) incluyó series temporales.

Tabla III. Principales características de los trabajos científicos sobre aborto y opinión pública en América Latina, 2009-2014

TOTAL N=9	
País/ países analizado/s en cada publicación	
México	6
Brasil	2
Argentina	1
Chile	1
El Salvador	1
Nicaragua	1
Uruguay	1

Fecha de publicación	
2009	0
2010	2
2011	4
2012	1
2013	0
2014	2

Fecha de trabajo de campo	
1995-1997 – 1999-200	1
2002	1
2005	1
2007	1
2008	2
2009	1
2007-2008 -2009	1
2009-2010	1

Diferencia entre fechas de publicación y trabajo de campo (en los casos en que se incluye más de una fecha de trabajo de campo, se tomó el último año para el cálculo de la diferencia)	
2 años (2010-2008), (2011-2009), (2012-2010), (2011- 2007 2008 2009)	4
3 años (2011-2008) (2014-2011)	2
5 años (2010-2005)	1
9 años (2011-2002)	1
14 años (2014- 1995 1997 1999 2000)	1

Tipo de datos	
Primarios	6
Secundarios	3

Tipo de análisis	
Distribución de frecuencias y análisis bivariado	2
Análisis multivariado (análisis de regresión)	7

Inclusión de series temporales	
Sí	1
No	8

Fuente: elaboración propia

III.3. La respuesta a las preguntas sobre aborto

En ningún estudio se explicitan problemas o negativas de los entrevistados para responder las preguntas sobre el aborto. Tal como ocurre con otros temas de agenda, ciudadanos y ciudadanas, ya sea para aprobar o para rechazar, opinan sobre el derecho al aborto de manera general o en situaciones específicas registrándose una baja proporción de entrevistados en las categorías no sabe y no contesta (6, p17).

III.4. Las tendencias de la opinión pública

La principal interrogante a responder a través del análisis de las publicaciones de este estado del arte en América Latina, refiere a las tendencias de la opinión sobre la aprobación o desaprobación del derecho al aborto. Si bien, los objetivos de las investigaciones analizadas en cada publicación difieren, los hallazgos aportan información sobre esta interrogante. A continuación se presenta brevemente cada estudio.

El estudio de la opinión pública en Uruguay (6, p24)¹ concluye que las posturas a favor a la despenalización del aborto son relativamente estables, con pocas oscilaciones a lo largo de 15 años (1993-55%, 1997-56%, 2000-56%, 2002-58%, 2003-63%, 2006-61%, 2007-61%, 2008-56%), el predominio de la despenalización (56%) es más fuerte en Montevideo que en el interior, no hay diferencias significativas por sexo, prevalece en los tres tramos de edad considerados, pero es más fuerte en los adultos medios (32 a 60 años) y más débil en los mayores (61 y más años), también es más fuerte cuanto más alto es el nivel socioeconómico y más alto el nivel educativo y en materia religiosa, es más importante el nivel de religiosidad que la pertenencia religiosa (entre los católicos predomina la postura penalizadora, solamente entre los de alta religiosidad, mientras que en los católicos de religiosidad media y baja predomina la tesitura despenalizadora, en nivel similar a los creyentes sin religión).

El estudio de opinión pública en Tlaxcala, México (7, p57)² concluye que los residentes de esa localidad perciben el tema del aborto como una decisión personal y apoyan el derecho de una mujer a interrumpir un embarazo, especialmente bajo causales contempladas en la legislación local. La mayoría

.....

¹ El total de casos ha sido de entre 847 y 933 (6, p29).

² Tamaño de la muestra reportado: 887 casos.

no favoreció el derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo cuando se preguntó de manera general, sino en circunstancias específicas: cuando la vida de la mujer está en riesgo (83%), cuando la salud de la mujer está en riesgo (79%), cuando el feto tiene defectos congénitos, mentales, o físicos (55%), cuando el embarazo es resultado de una violación (53%), y cuando la mujer es mentalmente discapacitada (52%).

En el estudio realizado en cuatro países de América Latina (8, p87-90)³, se observa que la mayoría de los encuestados en Brasil (69%), Chile (64%), México (69%) y Nicaragua (62%), se manifiesta de acuerdo con la legalización de la interrupción del embarazo cuando está en peligro la vida de la madre y cuando existe malformación fetal: Brasil (60%), Chile (64%), México (64%) y Nicaragua (57%). Otras situaciones muestran diferencias entre los países: ante una pregunta sobre la legalización del aborto en caso de violación de la mujer, acuerda la mayoría en Brasil (68%), Chile (67%), México (60%) pero no en Nicaragua, donde el porcentaje disminuye al 30%. Resultados semejantes sobre las tendencias de la opinión pública sobre el aborto, fueron reportadas por estudios recientes en México (15) y Chile (21). Las causales que tuvieron menor aceptación para ser legalizadas en los cuatro países estudiados fueron: la edad de la madre, la falta de recursos económicos, el abandono de la pareja y cualquier razón que la mujer decida. Con respecto a esta última situación, la aceptación en México (20%) presenta una diferencia significativa respecto de la del resto de los países analizados (Chile 15%, Brasil 10%, Nicaragua 7%).

Los hallazgos del estudio de opinión pública en Brasil (9, p816-818)⁴ indican que una mayoría (72%), cree que la práctica del aborto puede ser permitida en determinadas situaciones mientras que con respecto a las políticas públicas, un porcentaje menor el 28%, está a favor de liberalizar la ley vigente. Con respecto a la relación entre las actitudes hacia el aborto y la religión, los autores encuentran que la más fuerte oposición a la práctica del aborto se encuentra en los pentecostales con una asistencia frecuente, mientras que la más fuerte oposición a la legalización del aborto se encuentra en ambos, católicos y pentecostales con una asistencia frecuente.

Uno de los estudios de opinión pública realizados en México (10)⁵ tiene como contexto un escenario nacional en el cual 17 entidades, opuestas a la legalización del aborto en el primer trimestre del embarazo practicado en la Ciudad de México, introdujeron iniciativas o reformas opuestas a la legalización. La investigación fue hecha en ocho de esos estados, cuatro con enmiendas ya realizadas

.....
³Tamaño de la muestra reportado: 1 223 casos en Chile, 1 201 en México, 1 200 en Nicaragua, y 1 204 en Brasil.

⁴Tamaño de la muestra reportado: 2 364 casos.

⁵Total de la muestra reportado: 6 397 casos: Baja California 798, Colima 800, Morelos 800, Sonora 800, Querétaro 800, Estado de México 800, Tabasco 799, Veracruz 800.

(Baja California, Colima, Morelos y Sonora) y cuatro con iniciativas presentadas pero pendientes de su aprobación (Querétaro, Estado de México, Tabasco y Veracruz).

Los mayores acuerdos en torno al derecho al aborto, corresponden al riesgo de vida de la mujer (entre 55-71%), a la violación (entre 45-70%), al riesgo para la salud de la mujer (entre 48-68%). Por otro lado, un mayor porcentaje de entrevistados apoyó la ley de la Ciudad de México que permite el acceso a una aborto seguro hasta las doce semanas de gestación (entre 32-54%), respecto de la solicitud sin límite gestacional (entre 14-31%).

Los resultados de los estudios de opinión pública han estado presentes en México durante el proceso de debate que desembocó en la reforma de abril de 2007, que permite el aborto electivo en el primer trimestre (4,22). Estudios realizados inmediatamente después de la reforma de 2007 y *a posteriori*, uno y dos años después (11, p177-178)⁶ mostraron cambios en las opiniones favorecedores hacia el apoyo a esa ley: 38% en 2007, 63% en 2008, y 74% en 2009. Los autores señalan que en los sondeos de 2008 y 2009, una mayor proporción de entrevistados apoyó el derecho respecto del encontrado en otros materiales realizados en períodos previos.

El estudio de México sobre la población que se auto identifica como católica (12, p161-163)⁷ realizado durante 2009 y 2010 encontró con base en un índice sobre la estigmatización, que si bien un gran número de encuestados (61%) manifestaba actitudes estigmatizantes hacia el aborto, una amplia mayoría (81%), pensaba que el aborto debería ser legal en algunas circunstancias. A pesar de que el estigma como tema se aleja del objetivo de este estado del arte, se constata la evidencia hallada en otros estudios mencionados, sobre la aceptación del aborto en circunstancias específicas.

Respecto del estudio que compara las opiniones sobre aborto en democracias emergentes en América Latina y Europa Central (13), a los fines de este estado del arte interesan los hallazgos referidos a los países de América Latina considerados por su disímil legislación sobre aborto, México (cuya reforma 2007 fue mencionada) y El Salvador (con una legislación absolutamente restrictiva). Los resultados indican que el apoyo al derecho al aborto es más fuerte en México que en El Salvador y sin plantear una relación causal, se sugiere una correspondencia entre las características de las políticas públicas y las tendencias de la opinión pública sobre el derecho al aborto.

El estudio sobre la provincia de Córdoba, Argentina (14, p208-213), muestra que la aceptación se concentra de manera más fuerte en causales específicas que los autores definen como “aborto traumático” (violación, peligro de vida de la mujer, la mujer embarazada es débil mental, hay alguna

.....
⁶ Total de muestra reportados: 2007: 672 casos, 2008: 917 casos, 2009: 934 casos.

⁷ Total de la muestra reportado: 3 000 casos.

evidencia médica de que el niño por nacer pueda sufrir malformaciones, la mujer embarazada tiene VIH/sida), mientras que se debilita en situaciones específicas que los autores definen como “aborto socio-electivo” (la mujer es menor de edad, la pareja no puede sostener económicamente al futuro niño, peligro de la salud de la mujer aunque no su vida, la mujer teme que su hijo pueda ser deforme, la mujer no tiene hijos pero no desea tenerlos, la mujer o la pareja ya tienen hijos pero no desea tener más, la mujer es soltera y fue abandonada por el padre del futuro niño). La tendencia de la opinión pública a apoyar la despenalización del aborto en circunstancias específicas, como la violación, ya sea de una niña o de una mujer joven, la malformación del feto, el peligro para la vida, la salud física y en menor medida, psíquica también fue reportado a través de hallazgos en estudios con muestras nacionales y de la Ciudad de Buenos Aires (20).

El análisis pone de manifiesto el consenso de la bibliografía acerca del apoyo al derecho al aborto en circunstancias específicas, en general circunstancias planteadas como situaciones extremas. El fraseo de los indicadores referidos a cada situación tiene ligeras diferencias en las investigaciones nacionales y dentro de cada país. También hay situaciones específicas como el incesto, que se mide en un único estudio (8). Probablemente la diferencia más cuestionable desde la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos sobre esos fraseos, es la construcción del indicador riesgo de vida, de salud física o mental, haciendo referencia al concepto de madre en lugar del de mujer. Con ese fraseo,⁸ en el estudio Barómetro de las Américas 2014, realizado por Latin American Public Opinion Project (LAPOP)⁹ (16-17), se exponen los resultados a la pregunta sobre el derecho al aborto en la circunstancia específica del peligro para la salud en 17 países. La mitad de la muestra o más aprueba el aborto en esa circunstancia: Uruguay (79.9%), Haití (71.5%), Chile (66.6%), Brasil (66.1%), Jamaica (65.9%), Colombia (64.9%), Argentina (64.4%), México (61.4%), Nicaragua (59.6%), República Dominicana (59.3%), Bolivia (57.1%), Ecuador (56.6%), Costa Rica (55.4%), Perú (55.1%), Belice (54.1%), Venezuela (50.4%), Honduras (50.3%), El Salvador (47.1%), Guatemala (45.3%), Panamá (45%), Paraguay (42.9%), Guyana (36.9%). Las opiniones en los países presentan diferencias. La aprobación en Nicaragua difiere de la de El Salvador, si bien ambas naciones tienen legislaciones muy restrictivas que prohíben el aborto en todas las circunstancias. El lugar ocupado por Chile, si bien el aborto está prohibido, puede explicarse por el debate ocasionado a raíz del proyecto que despenaliza el aborto en ciertas circunstancias

.....
⁸ El fraseo de la pregunta es el siguiente: *Y ahora, pensando en otros temas. ¿Cree usted que se justificaría la interrupción del embarazo, o sea, un aborto, cuando pelagra la salud de la madre? (1) Sí, se justificaría (2) No, no se justificaría (88) NS (98) NR.*

⁹ LAPOP es un proyecto de investigación multinacional especializado en el desarrollo, implementación y análisis de encuestas de opinión pública. Fue acogido por la Vanderbilt University en Nashville, Tennessee, Estados Unidos, e incluye instituciones asociadas y un consejo asesor internacional. Cada dos años realiza *El Barómetro de las Américas*. www.AmericanBarometer.org, así como Informes Nacionales.

Para los fines de este artículo, *El Barómetro de las Américas* no fue incluido por no haber sido encontrado en las bases de datos mencionadas en la sección metodológica.

(inviolabilidad del feto, riesgo de vida de la madre, violación), firmado por la Presidenta Michel Bachelet a comienzos de este año (18).

IV. Discusión

En esta sección se reflexiona sobre hallazgos, similitudes y controversias surgidos de la interpretación de los datos. Una propuesta para cada apartado de agenda de investigación a futuro y sus posibles aportes, será retomada en la Conclusión.

a. La producción académica sobre aborto y opinión pública en la región de América Latina en el período 2009-2014, en las bases de datos electrónicas revisadas es escasa en comparación con otras dimensiones de la problemática. Al respecto, hay dos cuestiones a considerar. Una académica, plantea la necesidad de ampliar las búsquedas, tanto a través de consultas a los investigadores, cuanto al análisis de la bibliografía referenciada en cada publicación. La otra cuestión apunta a la producción de datos sobre aborto y opinión pública que, como ocurre con otros temas de la agenda pública, no suele circular por carriles académicos sino básicamente mediáticos ante episodios en que la coyuntura política pluraliza las voces y empuja la visibilidad pública de las opiniones, como cuando ocurren violaciones que culminan en embarazos de niñas o de mujeres jóvenes a las que se les niega un aborto, la convocatorias a una marcha, entre otros). No se trata de aceptarlos sin considerar su fundamentación y calidad técnica. Tampoco de desestimarlos. Se trata de conocer los circuitos de la producción de datos sobre aborto y opinión pública que llegan a la agenda pública, las experiencias de trabajo entre investigadores y consultoras de opinión pública, o bien el trabajo realizado por comunicadores (especialmente mujeres), para instalar el tema abre un espacio para comprender cómo es construida la agenda sobre aborto.

b. De los hallazgos sobre características descriptivas, metodológicas y analíticas de la muestra se desprenden tres reflexiones: la necesidad de mantener la representatividad nacional de las muestras (si bien no fueron incluidos en este estudio), en los análisis de poblaciones específicas para evitar las limitaciones señaladas en la literatura (23); el cuidado en el fraseo de las preguntas para evitar sesgos y para conocer los resultados de la aplicación de diferentes tipos de fraseos, cuestión profusamente señalada en la literatura metodológica de las ciencias sociales; la necesidad de incluir series de datos, tanto para conocer la tendencia de los resultados cuanto para profundizar en el conocimiento de una de las propiedades de la opinión pública sobre derecho al aborto, su estabilidad o no, con base en un sistema de valores y creencias (2,24).

c. La opinión pública ya sea para aprobar o para rechazar, responde las preguntas sobre el derecho al aborto. Dicho en términos analíticos, la proporción de casos en las categorías no sabe y no contesta

es baja y en términos políticos, la respuesta a las preguntas sobre aborto puede ser considerada un indicador de la disposición de la sociedad para debatir el tema.

d. El análisis de las tendencias muestra que la opinión pública es estable, o bien tiene ligeras variaciones cuando opina sobre el derecho al aborto en América Latina: el acuerdo es más fuerte cuando se preguntan las opiniones sobre situaciones específicas, que cuando se preguntan las opiniones de manera general sobre el derecho, la legalización o la despenalización del aborto. En síntesis, la estabilidad descansa sobre un consenso que no es permisivo, pero tampoco es restrictivo.

Entre las situaciones específicas, el apoyo es mayor en situaciones extremas como la violación, el riesgo de vida de las mujeres, el riesgo en la salud física y en la salud psíquica de las mujeres, que en aquellas situaciones consideradas “electivas” como la presencia de dificultades económicas, cuando la mujer lo decide, o cuando falla el método anticonceptivo.

En una sección previa se mostraron los datos acerca de los países analizados en cada publicación. México es el país con la producción académica más profusa y diversa de las analizadas. Los hallazgos de las mediciones acompañaron las distintas etapas del proceso político cercano a la reforma de 2007 y posteriores a la misma.

La tendencia a la aprobación del aborto en situaciones específicas no se mantiene en Nicaragua. En el caso de la aprobación del aborto ante una situación de violación, que es una de las que cuenta con mayor aprobación en el resto de los países analizados, solo tres de cada diez acepta el aborto en esa situación extrema.

La variable que mejor explica el acuerdo con el derecho al aborto es el nivel educativo: a mayor educación, mayor apoyo.

Se reconoce como una limitación de este estado del arte a la ausencia de información en las bases de datos consultadas sobre las tendencias de la opinión pública sobre aborto, en todos aquellos países de la región no mencionados. La inclusión de los resultados de la encuesta de LAPOP (16) sobre una única pregunta buscó complementar las ausencias.

V. Conclusión

Esta última sección es propositiva. El énfasis está puesto en señalar un doble aporte para el futuro: a la investigación sobre aborto y opinión pública en la región de América Latina que fortalezca teórica, contextual y metodológicamente a esta temática y a las estrategias y acciones comunicacionales y de incidencia que esclarezcan a la ciudadanía los ejes de la discusión y provoquen, cada vez más, apoyos al derecho al aborto.

a. La presentación de un estado del arte sobre aborto y opinión pública a partir de una búsqueda refinada en bases de datos electrónicas, permitió conocer la producción latinoamericana, científicamente actualizada y confiable del período 2009-2014. A partir de esa primera conclusión cuya complementariedad, a través de búsquedas más directas con los investigadores de los países estudiados es recomendable, surge una propuesta de investigación referida a las características de la producción de datos sobre aborto y opinión pública, cuyas interrogantes iniciales se enuncian a continuación: ¿Cuáles son las diferencias para los investigadores, si las hay, en el análisis de datos provenientes de encuestas sistemáticas o de sondeos específicamente contratados? ¿Cómo es el proceso de elección de una consultora y cuáles han sido las contribuciones principales de esas experiencias? ¿Son contribuciones temáticas estadísticas, sobre la interpretación a partir del conocimiento de la opinión pública? ¿Qué tipo de producción es noticiable y cuáles han sido las contribuciones principales de la relación con comunicadores y medios? ¿Cuáles son las continuidades y las respuestas de este proceso en los países de América Latina? Las respuestas a estas preguntas sobre la construcción de la agenda pública de la producción acerca del aborto, procedentes de la implementación tanto de estudios cualitativos como cuantitativos, son un insumo para pensar acciones de incidencia en la región.

b. Un aporte a una agenda de investigación a futuro, consiste en analizar las características de los sondeos de opinión sobre aborto y opinión pública (tipos de encuesta, contenido de los fraseos, características de las escalas en lo que hace al número de ítems, si son equilibradas o no), y las opiniones de los investigadores sobre la evolución de la calidad de esas investigaciones. A su vez, el conocimiento de la distribución de los acuerdos y los desacuerdos de una escala, es un insumo para diseñar estrategias comunicacionales que busquen sostener las opiniones más sólidas sobre el derecho al aborto, fortalecer las opiniones que acuerdan con el derecho al aborto pero con una adhesión más débil, o bien, tender al cambio de las opiniones menos firmes opuestas a este derecho.

c. Si bien, la ausencia de respuestas a las opiniones sobre aborto es baja, el conocimiento de los motivos de la no respuesta a través de preguntas abiertas en un estudio cuantitativo o de estudios cualitativos permitirá, al menos, distinguir si las personas no responden por carecer de opinión o por temor a la presión social, resultado de sus opiniones.

d. La visión colectiva que muestran los sondeos de opinión atesora el conflicto simbólico que atraviesa a una sociedad, esa trama de representaciones sociales, valores y cultura política, que construye los discursos públicos y privados en los cuales se forman las opiniones. En la base de esas opiniones que salen a la superficie mediante la respuesta cara a cara o vía telefónica a una encuesta, se mueven corrientes profundas de representaciones basadas al menos, en tres ejes: un eje moral que rechaza el aborto, un eje que enfatiza la noción de derechos y un eje de corte pragmático que remite a

las experiencias personales atravesadas frente a la toma de decisión y el circuito recorrido para la realización de un aborto (19).

Una agenda de investigación sobre las tendencias de la opinión pública, remite a profundizar el análisis con indagaciones cualitativas que permitan esclarecer los motivos, las ambivalencias y las contradicciones de acuerdos y desacuerdos en sus diferentes grados, con el derecho al aborto. Pero profundizar en creencias, representaciones sociales y valores, no es algo que resuelva la recolección de información a través de entrevistas o grupos focales por sí mismo, sino que se necesitan repensar los enfoques teóricos desde los cuales construir el problema y analizar los resultados. Se trata de un desafío.

En la agenda comunicacional es prioritaria la discusión de las estrategias más adecuadas para la presentación pública de los resultados de los sondeos y la elaboración de argumentos con base en hallazgos cualitativos. Porque la presencia pública de los datos sobre derecho al aborto de los sondeos, propicia la presencia del tema en la agenda pública y el proceso de apropiación de derechos.

El cierre vuelve a una idea inicial: las sociedades latinoamericanas están discutiendo sobre aborto. Sistematizar y producir conocimiento teórico y empírico de las opiniones públicas de mujeres y varones sobre un derecho tan obstaculizado en la región de América Latina, como lo es el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos, robustece el debate democrático, la laicidad del Estado y el ejercicio de la ciudadanía.

VI. Referencias

1. Jiménez Becerra A. El estado del arte en la investigación en las ciencias sociales. 1996 [Internet]. En: Jiménez Becerra A, Torres Carrillo A, comp. La práctica investigativa en ciencias sociales. Bogotá: DCS, Departamento de Ciencias Sociales. UPN; 2006; p. 29-43. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/colombia/dcsupn/practica.pdf>.
2. Adrogué G. Estudiar la opinión pública. Teoría y datos sobre la opinión pública argentina. Desarrollo Económico Social. 1998; 38(19):387-407.
3. Muraro H. Políticos, periodistas y ciudadanos. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1997: p. 93-95.
4. Yam EA, Dries-Daffner I, Garcia SG. Abortion Opinion Research in Latin America and the Caribbean: A Review of the Literature. Stud Fam Plann. 2006;37(4):225-240.
5. Bergallo P. Introducción. La liberalización del aborto: contextos, modelos regulatorios y argumentos para su debate. En: Bergallo P, comp. Aborto y justicia reproductiva. Buenos Aires: Del Puerto; 2011. p. 1-54.
6. Bottinelli O, Buquet D. El aborto en la opinión pública uruguaya. Cuadernos Aportes al debate en salud, ciudadanía y derechos. MYSU [Internet]. 2010;1(2):13-29. Disponible en: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/259>.
7. Palermo TM, Wilson KS, García SG, Díaz Olavarrieta, C. Abortion and women's roles in society: opinions from Tlaxcala, México. Salud Pública Mex [Internet]. 2010 enero-febrero;52(1):52-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342010000100009>.
8. Dides C, Benavente MC, Sáez I, Morán JM. Estudio de opinión pública sobre aborto y derechos sexuales y reproductivos en Brasil, Chile, México y Nicaragua [Internet]. Santiago de Chile: FLACSO-Chile; 2011. Disponible en: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/532>.
9. Oglan CP, Verona AP. Religion and Attitudes Toward Abortion and Abortion Policy in Brazil. J Sci Study Relig [Internet]. 2011;50(4):812-821. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-5906.2011.01602.x/pdf>.
10. Valencia Rodríguez J, Wilson KS, Díaz Olavarrieta C, García S, Sánchez Fuentes ML. Public Opinion on Abortion in Eight Mexican States amid Opposition to Legalization. Stud Fam Plann [Internet]. 2011 septiembre;42(3):191-8. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/41310729>.
11. Wilson KS, García SG, Díaz Olavarrieta C, Villalobos-Hernández A, Rodríguez JV, Smith PS, Burks C. Public opinion on Abortion in Mexico City after the Landmark Reform. Stud Fam Plann

- [Internet]. 2011 septiembre;42(3):175-182. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/41310727>.
12. McMurtrie SM, García SG, Wilson K, Díaz-Olavarrieta C, Fawcett GM. Public opinion about abortion-related stigma among Mexican Catholics and implications for unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2012;118(Supl 2):S160-S166. Disponible en: <http://library.macewan.ca/library-search/detailed-view/edselp/S0020729212600162?query=%28Diaz+Olavarrieta%2C+C.%29>.
 13. Jelen TG, Bradley J. Abortion Opinion in Emerging Democracies: Latin America and Central Europe. *Politics, Groups, and Identities*. 2014;2(1):52-65. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/toc/rpgi20/2/1>.
 14. Rabbia HH, Sgró Ruata MC. Posiciones sobre aborto en Argentina: de la Conferencia Episcopal a las opiniones de los/as ciudadanos/as católicos/as. *Política & Sociedad*. 2014;13(26):195-219. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5007/2175-7984.2014v13n26p195>.
 15. Abundis Luna F, Penagos Vásquez DP, Espinosa Granados A. Radiografía de la opinión pública sobre el aborto en México. 2014. *Revista Latinoamericana de Opinión Pública*. 2014;4: 11-43.
 16. LAPOP. El Barómetro de las Américas. Vanderbilt University 2014. <http://www.AmericasBarometer.org>.
 17. LAPOP [Internet]. El Barómetro de las Américas, Diseño muestral. Nashville: Vanderbilt University; 2014. Disponible en: <http://www.AmericasBarometer.org> <http://LapopSurveys.org>.
 18. Azpuru D, Zechmeister EJ. Informe Nacional. Cultura política de la democracia en Guatemala y en las Américas, 2014: Gobernabilidad democrática a través de 10 años del Barómetro de las Américas. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, LAPOP El Barómetro de las Américas, Vanderbilt University; 2015.
 19. Petracci M. Opiniones y representaciones sociales de varones sobre aborto en Buenos Aires, Argentina. *Sex Salud Soc*. 2011;8:10-35.
 20. Petracci M. Derechos sexuales y reproductivos. Teoría, política y espacio público. Buenos Aires: Teseo; 2011.
 21. Palermo T, Infante Erazo M, Hurtado Pinochet V. Women's Opinions on the Legalisation of abortion in Chile 2009-2013. *Cult Health Sex*. 2015:1-18.
 22. Garcia S, Tatum C, Becker D, Swanson K, Lockwood K, Ellertson CH. Policy implications of a national public opinion survey on abortion in Mexico. *Reprod Health Matters*. 2004;12(Supl 24):S65-S74.

23. Kulczycki A. Abortion in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments. *Stud Fam Plann* [Internet]. 2011 septiembre;42(3):199-220. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/41310730>.
24. Page BI, Shapiro RI. *The Rational Public: Fifty Years of Trends in American Policy Preferences*. Chicago: University of Chicago Press; 1992.

7. NORMATIVAS Y ABORTO

De los derechos a los hechos: análisis del marco legal sobre el aborto en América Latina y el Caribe

Viviana Bohórquez Monsalve*

Resumen

Este capítulo realiza un estado del arte sobre la producción teórica y académica en materia de aborto, así como el marco legal en América Latina y el Caribe. En tal sentido, como resultado de la investigación se encontró que de 2009 a 2015, existen cuatro aspectos que son tendencia temática de las investigaciones y los estudios relacionados con el aborto y el marco legal en la región. En primer lugar, existe un número considerable de investigaciones sobre reformas legislativas en países de la zona. En segundo lugar, hay un número importante de investigaciones sobre salud y en relación con la aplicación del marco legal vigente sobre aborto. En tercer lugar, se identificaron estudios desde la perspectiva de los derechos humanos, relacionados con estudios de casos. En cuarto lugar, se producen en la región estudios de opinión sobre la legislación de aborto legal.

Palabras clave

Aborto, legislación, América Latina y el Caribe

* Documento realizado con la colaboración de Federico González (médico de la Universidad del Cauca, internista y especialista en salud pública de la Universidad del Rosario-Colombia).

I. Introducción

Las mujeres en América Latina y el Caribe siguen experimentando barreras para la realización del aborto, en parte porque los avances en el desarrollo de marcos legales que permitan la posibilidad de interrumpir un embarazo de forma segura no se producen en el tiempo y en las condiciones que las mujeres lo requieren. Una de las fuentes que podrían llevar a producir cambios en el corto y mediano plazo en la posición de la sociedad y los Estados (rama legislativa, ejecutiva y judicial) frente a esta necesidad de las mujeres, se conforma por los estudios académicos y científicos interdisciplinarios, que respondan a los cuestionamientos de diferentes sectores implicados en el tema.

En la gran mayoría de los 30 países de América Latina y el Caribe¹ el aborto sigue siendo considerado como un delito en los códigos penales. Así entonces, en gran parte de los casos existen excepciones al delito de aborto divididas por causales excluyentes de responsabilidad, es decir, no se aplica la pena cuando esté en riesgo la vida, la salud física y mental de la mujer, en casos de violación o incesto, o de malformación del feto.

En el contexto de penalización parcial y total del aborto, existe interés en la investigación sobre el marco legal, desde el punto de vista teórico y práctico. Motivo por el cual, en la presente investigación se realiza un estudio sistemático sobre las producciones académicas publicadas por universidades, centros de estudios, expertos u organizaciones en América Latina y el Caribe en los últimos años. Por consiguiente, el presente texto se encuentra dividido en cuatro partes. En primer lugar, se hace referencia a la metodología utilizada para este escrito. En segundo lugar, se realiza un análisis corto del contexto legal del aborto en América Latina y el Caribe. En tercer término, se describen los cuatro principales hallazgos o temas donde se encontró mayor información en la región. Por último, se realizan las conclusiones generales del estudio.

Para el escrito actual, es importante tener en cuenta que en Cuba, Guyana, Uruguay y México² se encuentra legalizado el aborto bajo la voluntad y solicitud de la mujer. En contraste, el aborto está totalmente penalizado en Chile, El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana, de los cuales dos de ellos, han tomado medidas regresivas en los últimos años que contrarían los derechos humanos de las mujeres. En el resto de países, la penalización es parcial y se ajusta a causales excepcionales. La **Tabla I** muestra la legislación sobre el aborto en América Latina y el Caribe.

.....
¹ Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Republica Dominicana, San Vicente y Las Granadinas, Santa Lucia, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

² En México, el aborto es permitido solo en el Distrito Federal.

Tabla I. Legislación de sobre el aborto en América Latina y el Caribe

Despenalización total del aborto	Despenalización del aborto parcial y por causales	Penalización total del aborto
1. Cuba,	1. Antigua y Barbuda,	1. Chile,
2. Guyana,	2. Argentina,	2. El Salvador,
3. Uruguay	3. Bahamas,	3. Honduras,
4. México D.F.*	4. Barbados,	4. Nicaragua,
	5. Belice,	5. República Dominicana
	6. Bolivia,	
	7. Brasil,	
	8. Colombia,	
	9. Costa Rica,	
	10. Dominica,	
	11. Ecuador,	
	12. Granada,	
	13. Guatemala	
	14. Haití,	
	15. Honduras,	
	16. Jamaica,	
	17. México**,	
	18. Panamá,	
	19. Perú,	
	20. República Dominicana,	
	21. San Vicente y Las Granadinas,	
	22. Santa Lucía	
	23. Surinam,	
	24. Trinidad y Tobago,	
	25. y Venezuela.	

*México está dividido en estados federados, y el único estado donde está despenalizado el aborto es el Distrito Federal
Fuente: Elaboración propia

La despenalización por causales es bastante variable, incluso para proteger la vida y la salud de las mujeres. Por ejemplo, en países como Venezuela, Paraguay y Guatemala, se permite el aborto exclusivamente cuando la vida de la mujer se encuentra en riesgo. Mientras que la legislación en Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú y Uruguay, consagra su autorización cuando

se encuentre en riesgo la salud de la mujer. Por otra parte, en relación con la causal de violencia sexual, es decir, cuando la mujer ha sido víctima de violación o incesto, es permitido acceder a un aborto en Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Panamá, San Vicente y Las Granadinas, Santa Lucía y Uruguay, en países como Ecuador, Perú y Bolivia la legislación no lo permite.

II. Metodología

El presente capítulo realiza un análisis desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo acerca de la producción académica y teórica sobre el aborto y su legislación en países de América Latina y el Caribe –LAC. Por tal motivo, se realizó un estudio sistemático que permitiera tener una visión general y ordenada de este tema.

Este documento se realizó a partir de una revisión bibliográfica de forma sistemática de la información sobre aborto y legislación en América Latina y el Caribe, producida en los últimos años y publicada en libros y revistas indexadas de universidades o centros de investigación. Para tal efecto, en primer lugar se consultaron cuatro bases de datos disponibles de forma electrónica: PubMed, LILACS, EMBASE, SciELO, seleccionadas por ser abiertamente reconocidas por los datos académicos que contienen. En segundo lugar, se utilizaron tres palabras claves relacionadas para enfocar la búsqueda en el tema de interés: legislación, aborto y América Latina. En tercer término, tras obtener 353 artículos publicados, fueron filtradas las publicaciones de los últimos seis años, es decir, entre 2009 y 2015, lo cual arrojó 156 publicaciones. En cuarto lugar, se realizó una lectura preliminar, siendo filtradas y seleccionadas las publicaciones relacionadas con la región, el tema de estudio y el idioma (inglés, español o portugués). En último lugar, se hizo la selección final de 33 artículos y capítulos de libros en revistas indexadas en dichas bases de datos. La **Tabla II** sintetiza los artículos recolectados para la investigación, los cuales integran este artículo.

Tabla II. Artículos recolectados para la investigación que integran el capítulo

Términos de búsqueda: aborto, legislación, América Latina

PubMed, LILACS, EMBASE, SciELO



Fuente: Elaboración propia

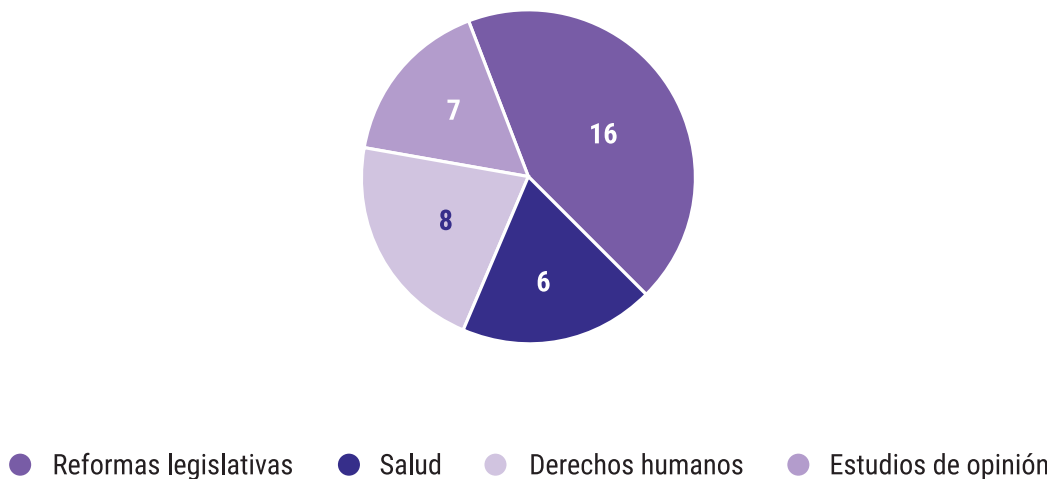
De igual forma, para facilitar el análisis de las publicaciones en relación con la legislación sobre aborto en América Latina y el Caribe, se realizó un cuadro en Excel que permite tener una visión organizada y sistematizada de los autores, la metodología utilizada, el tema y el interés de profundización de la publicación, el nombre de la revista y el resumen del artículo. El cuadro también permite analizar sobre qué países y temas existe mayor producción académica acerca del aborto y la regulación jurídica en la región.

El período de estudio abarca de 2009 y hasta abril de 2015. Se analizaron las producciones académicas de los países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, es importante señalar que no se encontró mucha información sobre los países del Caribe.

III. Resultados

En la actualidad existen cuatro aspectos que son tendencia temática de investigaciones y estudios relacionados con la legislación sobre el aborto en América Latina y el Caribe. En primer lugar, hay un interés de estudio en investigaciones sobre reformas legislativas en término de avances y retrocesos. En segunda instancia, hay un número considerable de investigaciones sobre salud y en relación con la aplicación del marco legal vigente acerca del aborto en cada país. En tercer término, se identificaron textos desde la perspectiva de los derechos humanos relacionados con estudios de casos. En cuarto lugar, en materia de aborto se producen en la región estudios de opinión sobre la ley: el desconocimiento, un lugar común. La **Tabla III** muestra los temas de investigación acerca del aborto en América Latina de 2009 a 2015.

Tabla III. Temas de investigación acerca del aborto en América Latina y el Caribe entre 2009 y 2015



Fuente: Elaboración propia

III.1. Investigaciones sobre las reformas legislativas: avances y retrocesos

En varios países de América Latina y el Caribe se han producido reformas en la legislación tanto civil como penal en relación con la práctica del aborto, en parte por la exigencia desde el derecho a elegir de las mujeres, promovido tanto por organizaciones de mujeres, como de derechos humanos y del movimiento feminista (1).

En la metodología usada en las investigaciones, se encontraron 16 publicaciones referentes a las reformas legales en los siguientes países: Colombia, Uruguay, Argentina, El Salvador, y Brasil. Por otra parte, se localizaron estudios de derecho comparado entre Colombia y República Dominicana.

De Colombia se encontraron tres artículos, que abarcan las siguientes discusiones: en 2006, la Corte Constitucional colombiana publicó la sentencia C-355/06, la cual despenalizó el aborto de forma parcial en tres circunstancias: (i) cuando se encuentre en riesgo la vida y la salud de la mujer; (ii) cuando se trate de violación e incesto; (iii) cuando se trate de una malformación del feto, incompatible con la vida. A partir de esta decisión judicial, se revivieron las discusiones políticas y legales, así como de interés académico, teórico y práctico sobre el análisis del nuevo marco legal, a partir del litigio que llevó a lograr que la Corte Constitucional se pronunciara a favor del aborto.

El litigio que conllevó a la promulgación de la sentencia en Colombia, se basó en la conclusión de muchos estudios, acerca de que el único camino posible para evitar las muertes producidas por abortos clandestinos era buscar la legalización del aborto en forma definitiva (2). La sentencia C-355/06, fue la primera de una serie de reformas legales de despenalización del aborto con diferentes exenciones de penalización, el cuatro de otras jurisdicciones de América Latina en la década pasada: la Ciudad de México, Brasil, Argentina y Uruguay. La sentencia se produjo como resultado de una demanda de inconstitucionalidad sobre las leyes sobre el aborto en Colombia, que penalizaban la interrupción del embarazo en todas las circunstancias. El largo y complejo proceso jurídico se llevó a cabo dentro del transcurso de litigio estratégico del proyecto LAICIA (Litigio de alto impacto en Colombia: la inconstitucionalidad del aborto), con la participación de Women's Link Worldwide, en asociación con la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (3). De igual forma, los estudios muestran que en Colombia el proceso de la legislación sobre el aborto es un ejemplo de las dinámicas de movilización y contramovilización, con altos niveles de polarización a favor y en contra de los derechos de las mujeres (4).

Por otra parte, la experiencia colombiana de litigio en contra de la penalización del aborto abordada desde la perspectiva del derecho constitucional, ha servido de ejemplo para que otros países demanden la inconstitucionalidad de las medidas de la prohibición total. En República Dominicana se ha usado el derecho comparado para resolver conflictos del derecho constitucional con respecto a la ley de penalización del aborto y para explicar los mecanismos por los cuales las leyes favorecen la vulneración de derechos –por ejemplo, la intangibilidad explícita en Turquía, la doctrina de la sustitución en Colombia–, por la cual se considera que si la reforma de una ley es tan profunda que en efecto creaba una nueva constitución, al cambiar, destruir o sustituir elementos esenciales del texto legal vigente. República Dominicana tiene una constitución nueva desde 2010, con múltiples conflictos internos para la aprobación de leyes que permitan el aborto. Sin embargo, una aproximación práctica y audaz como la que se utilizó en Colombia para entre muchos otros objetivos, aprobar la sentencia de despenalización de aborto en tres casos, o aprobar la reelección presidencial, permitiría el balance entre la preservación de los derechos individuales y el ejercicio democrático (5).

De igual forma, los argumentos de derecho internacional de los derechos humanos también fueron usados para desvirtuar las razones del veto del ejecutivo en Uruguay, acerca del proyecto de ley de despenalización del aborto en 2010. Dicha postura se basaba en la interpretación del artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que dice que “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley, y, en general, a partir del momento de la concepción...”. Luego de un análisis, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos interpretó que la inclusión del término en general no fue casual sino deliberada, como quedó claro en el Caso *Baby Boy versus Estados Unidos* (6). También se enumeraron los diferentes tratados suscritos por Uruguay, los cuales estaban siendo incumplidos al estar en contra de la despenalización del aborto: la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, entre otros (7).

Pero las dificultades en la implementación de las normas que han despenalizado la práctica del aborto también se han presentado en otros países de la región, como se puede observar en el estudio sobre Brasil “Derechos Humanos y Salud Materna: Explorando la Eficacia del Dictamen del Caso *Alyne*” En donde a partir del caso de una mujer que murió por complicaciones en la atención del parto de un mortinato, se revisó la responsabilidad del Brasil en las fallas que se produjeron en el caso, llegando a la conclusión que se requería ir más allá del modelo tradicional de derechos humanos que busca sancionar autores individuales, para enfocarse en factores sistémicos e institucionales, e incluye en los determinantes de protección en salud la inequidad en la prestación de los servicios como factor que afecta la calidad de la atención (8). Sin embargo, concluye que a pesar de la identificación del problema, la ley sigue siendo débil en la garantía del acceso efectivo a las acciones judiciales en los casos donde los derechos a la salud reproductiva han sido vulnerados (incluido el aborto) (9). Otra publicación brasileña concluye que a pesar de que en Brasil, como en otros países, el aborto inseguro se considera un problema de salud pública por el impacto que sus cifras tienen en la mortalidad materna global; las investigaciones y avances en la concepción de la necesidad de ampliar la legislación sobre aborto se ven afectados por valores morales y religiosos. Por lo tanto, las investigaciones en torno al aborto tienen grandes desafíos y limitaciones que se ven reflejados en sus resultados (10).

En países como El Salvador hay estudios que muestran que la prohibición total del aborto, deriva en una violación sistemática y lo que es aún peor, legitimada por las leyes del Estado. La penalización total del aborto en El Salvador constituye una violación a la obligación del Estado de proteger y respetar el derecho de a la vida y la salud de las mujeres, el derecho a la integridad física y mental y la protección del trato cruel inhumano o degradante (11). La experiencia de la prohibición total, en términos del impacto en la mortalidad de las mujeres y la vulneración de los derechos, ha sido estudiada con el fin de prevenir la implementación de leyes restrictivas en otros países en los que han sido propuestas (12).

Estudios demuestran que el caso de Barbados es particularmente interesante e instructivo. No solo porque el país fue pionero en la despenalización del aborto en la Commonwealth del Caribe, sino porque es uno de los pocos casos en los que la iniciativa legislativa recayó en una sola persona, en este caso la única mujer que era miembro del parlamento en 1983, Dame Billie Miller, año en el cual se emitió la ley de terminación médica del embarazo. La clave de la campaña de Miller fue nuevamente, enmarcar la necesidad de despenalización del aborto, como un problema de salud pública más que un problema exclusivo de la mujer, incluyendo también leyes que mejoraran las condiciones de mujeres y de niños (13).

Por su parte, hay estudios que reconocen que Argentina es uno de los países en donde ha avanzado la ley, en comparación con el pasado. El escenario actual es más promisorio, aún queda mucho trabajo para conseguir, como la adecuación de las normativas en aquellas jurisdicciones donde la redacción restrictiva impide o dificulta el acceso al aborto no punible (14).

Por último, conforme se avanza en la consecución de derechos para las mujeres que requieren practicarse un aborto y se añaden causales despenalizadas, surgen dudas y aparece la necesidad de aclararlas a la luz de la legislación y de los derechos. El caso de feto anencefálico³ está siendo analizado en varias publicaciones con el fin de que se considere como aborto, toda vez que el producto de ese embarazo, invariablemente sería incompatible con la vida (15,16).

III.2. Investigaciones sobre salud: entre el ocultamiento general y la negación de las consecuencias

De acuerdo con la metodología usada en las investigaciones, se encontraron seis publicaciones referentes a las consecuencias en salud. De México se incluyeron dos artículos, sobre el impacto del aborto en la salud pública. De Brasil se encontró un artículo que investiga las tendencias en la hospitalización por complicaciones relacionadas con el aborto, en Chile se halló una investigación acerca de las implicaciones de la prohibición total y en Colombia se localizó una publicación sobre los riesgos del aborto inseguro. Estos países tienen un marco legal heterogéneo, con despenalización parcial, como es el caso de Colombia, México y Brasil y prohibición total del aborto, como es el caso de Chile.

Las investigaciones acerca de temas relacionados con salud, tienen que ver mayoritariamente con las consecuencias de un aborto inseguro (17,18,19). En Colombia la investigación recogió datos del estudio nacional de movilidad por aborto desde 1989 y hasta 1993, año en el cual debido a la

.....
³ La anencefalia es una malformación incompatible con la vida, en la cual no se desarrollan las estructuras del sistema nervioso central, incluso si el feto llega a nacer no tiene una expectativa de vida más allá de pocas horas o días.

descentralización del sistema de salud, los datos provienen de la encuesta nacional de salud de los distintos hospitales, hasta 2008. Los datos de las dos décadas pasadas muestran un cambio en las dinámicas a través de las cuales las colombianas acceden a un aborto. En 2009 se estima que la mitad de las mujeres se practicaron abortos usando *misoprostol*, con una reducción concomitante en el uso de métodos relativamente menos seguros, como las parteras tradicionales o de algunos más seguros como las clínicas médicas. En el mismo período las complicaciones por aborto aumentaron 14% y la tasa de hospitalización para el tratamiento de complicaciones alcanzó el 26%. Los factores relacionados con el crecimiento de las complicaciones encontrados en el estudio fueron que el aumento del uso del *misoprostol* se ha acompañado en algún grado, por su uso incorrecto o inefectivo, y a que cada vez más mujeres obtienen el medicamento de forma informal. A pesar del aumento de la cobertura de sistemas de salud, una de cada cinco mujeres en Colombia, que necesitan de cuidados postaborto (la mitad de ellas, en el área rural), se queda sin tratamiento, debido a la marginalidad, pobreza, altos costos y poco empoderamiento en la búsqueda de servicios de salud.

También se evaluó la situación en México con respecto a complicaciones derivadas del aborto durante el mismo periodo: 1990-2008 (18). Se analizó la información del Instituto Nacional de Geografía y Estadística, por medio de un proceso de análisis multidimensional *online*, a través de la clasificación internacional de enfermedades CIE 9, CIE-10 para determinar las complicaciones relacionadas con el aborto. En términos de mortalidad una de cada 13 muertes maternas está relacionada con complicaciones derivadas del aborto. Esto es significativamente menor que la proporción estimada para el mundo, pero solo un 2% menos que la mortalidad estimada de América Latina. Dentro de las causas para el descenso la mortalidad por complicaciones relacionadas con el aborto, se encuentra el acceso a mejores métodos y servicios de aborto más seguros. Con respecto a la legislación en la materia y su contribución a la salud y la mortalidad materna (20), se compararon las tasas de mortalidad de la madre entre los países con leyes más y menos permisivas sobre el aborto. Para el período de 10 años (2002-2011) los Estados con leyes menos permisivas sobre el aborto (18 en total), mostraron tasas de mortalidad materna menores (2.7 contra 3.7), que aquellos en los que las leyes sobre el aborto son más permisivas. Sin embargo, esta asociación no demostró ser estadísticamente significativa en un análisis multivariado en el cual solo las variables clínicas y sociodemográficas (nivel de estudios de la madre, servicios de salud de calidad, hospitalización postaborto, saneamiento básico adecuado y violencia intrafamiliar), mostraron una correlación adecuada con los desenlaces. No hubo ningún efecto estadístico independiente para variables como legislación sobre aborto, enmienda constitucional o para el resto de covariables de índole legal.

Entre las décadas de 1992 y 2009 se condujo el mismo estudio en Brasil (19). El indicador para la estimación de las complicaciones relacionadas con el aborto tuvo que ver con los cambios en la tendencia en hospitalización, ya que en los estudios previos se estableció que hubo una disminución en la incidencia de complicaciones relacionadas con este y en la severidad de las mismas. Las razones que encontraron asociadas a la disminución de las complicaciones son: la disminución en la proporción de embarazos no planeados, el acceso a métodos anticonceptivos y el uso más amplio de métodos de aborto más seguros, en especial el manejo y la disponibilidad del *misoprostol*, debido a que tiene un bajo costo y las complicaciones infecciosas son menos frecuentes entre las mujeres que usan dicho método.

En Chile (21), se hace una crítica al estudio de Koch *et al.*, que al igual que en el estudio de México, concluye que la prohibición total del aborto ocurrida en 1989, no conllevó a un aumento de la mortalidad relacionada con el mismo. El estudio sostiene que “hacer que el aborto sea ilegal, no es necesariamente equivalente a promover el aborto inseguro”. La publicación de Malter se enfoca en las fallas conceptuales y metodológicas del estudio, como el hecho de que la ley sobre aborto en Chile ya era altamente restrictiva, por lo cual no era posible hacer comparaciones sobre el cambio de una ley liberal a una restrictiva. Además, como en la mayoría de los estudios relacionados con el aborto en América Latina, el análisis estadístico se basó en las tasas de hospitalización y en los registros de los sistemas de salud que muestran evidencia limitada y poco fidedigna.

III.3. Estudios desde la perspectiva de los derechos humanos

Fueron ocho los estudios que incluyen investigaciones sobre el aborto desde la perspectiva de los derechos humanos que se incluyeron en la revisión sistemática y que cumplieron los criterios. Dos artículos de Brasil, uno de México y uno de Colombia, los cuales tratan el tema de la vulneración de los derechos reproductivos. Uno más de Perú, que analiza las implicaciones sobre la legislación de una demanda de un caso en particular y dos artículos que analizan la situación global en América Latina.

De la literatura revisada, se encontró que existen artículos sobre Brasil y Perú acerca de estudios de caso desde la perspectiva de los derechos humanos. No se encontró información sobre países del Caribe en parte porque no han ratificado, ni son parte de los principales tratados internacionales de derechos humanos de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos, por lo que no existen casos o informes que permitan estudiar aspectos relacionados con el aborto.

América Latina es una región fundamentalmente católica, y la religión siempre ha tenido un poder hegemónico en la moralidad sobre la reproducción y la sexualidad. Este panorama regional ha sido estudiado en países como Brasil, en lo concerniente a la vulneración de los derechos y la autonomía de las mujeres (22). En muchas partes de Brasil, las mujeres que buscan servicios de salud relacionados

con el aborto, tienen miedo de la estigmatización, a las investigaciones penales y al hacer públicas sus historias personales, en el marco de una investigación criminal derivada de las leyes que penalizan el aborto. La mujer no debería depender de si el aborto es legal o no para tener acceso a un procedimiento seguro, sin embargo, la penalización del aborto en países como Brasil, impacta la disponibilidad de servicios de salud que ofrezcan abortos seguros y accesibles.

En Perú se suscitó el emblemático caso *L.C vs Perú*. Este caso se refiere a una niña de 14 años (L.C.), quien fue violada en repetidas ocasiones y durante varios meses por un hombre de 34 años (como resultado de la violación, L.C. quedó embarazada y no le dijo a nadie). Debido a la desesperación y a la depresión, cometió un intento de suicidio, lanzándose desde un edificio, causándose traumatismos en la columna vertebral, los cuales requería intervención quirúrgica urgente, a raíz de lo que se descubrió el embarazo. Estuvo hospitalizada por tres meses con retrasos en el servicio de salud y con la negativa para que se le realizara el aborto, luego de una petición elevada por su madre. Sin embargo, no se llevaron a cabo ni el aborto ni la cirugía de columna, hasta que por complicaciones de salud tuvo un aborto espontáneo. Como consecuencia, el Estado fue condenado (23). A pesar que el aborto por razones de salud no es considerado un delito en Perú, el Estado niega su inclusión en la política pública, con lo cual infringe el derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo cuando este afecta su salud. La ausencia de una política pública que incluya la interrupción del embarazo por causal salud es injustificada, las barreras que impiden el acceso al aborto han sido desvirtuadas por estudios previos, tales como la protección de la vida al concebido, la objeción de conciencia (24), el avance de la ciencia que hace innecesario el aborto por causal salud y el hecho de que la ley permita, pero no obligue, a realizar dichos abortos. Estas barreras son de carácter ideológico y no jurídico, porque las sentencias previas las han resuelto. En el caso del Perú, la implementación de una política pública en relación con el aborto, permitiría evitar que el Estado continuara siendo el mayor infractor de la justicia y evitaría que se siguieran produciendo sentencias en su contra (25).

Este caso, busca además de las causales despenalizadas en la mayoría de los países, la ampliación de la legalización a los casos de embarazos no deseado. Es preciso establecer una legislación permisiva del aborto a través de un modelo de plazos que permita a una mujer decidir autónomamente proseguir o interrumpir su embarazo dentro de determinado periodo (26).

III.4. Estudios de opinión sobre la ley: el desconocimiento, un lugar común

El aborto en América Latina sigue siendo un tema controversial, con opiniones abiertamente en contra y a favor, incluso entre los distintos actores implicados en su proceso. La opinión de los jueces, de los proveedores de salud e incluso de la población en general, antes y después de los cambios en la normatividad de un país, son tema de interés para las investigaciones sobre aborto.

La metodología usada en las investigaciones sobre la opinión en el cambio de la legislación acerca del aborto, difiere de acuerdo a la población seleccionada y a los objetivos del estudio. Entre los artículos incluidos en la revisión sistemática, se encontraron siete publicaciones referentes al tema de la opinión sobre los cambios en la legislación del aborto. Un artículo de Brasil (27), exploró la opinión de los jueces y fiscales ante la legislación de aquel país en esta materia. Realizaron una encuesta transversal a 1 493 jueces y 2 614 fiscales entre 2005 y 2006. La encuesta se hizo por medio de un cuestionario enviado a través de correspondencia con respuesta paga, con una baja tasa de recuperación de la contestación, solo del 14% de los sujetos incluidos en la muestra inicial. La mayoría de los participantes (78%), respondieron a favor la pregunta de ampliar las circunstancias en las cuales el aborto es permitido por la ley, o incluso en que no debería penalizarse. El cuestionario discriminó acerca de las circunstancias en las que había más consenso sobre la necesidad de despenalizar el aborto, el riesgo para la vida de la madre, la malformación congénita del feto y el embarazo producto de una violación, fueron las causales en las cuales se obtuvo mayor porcentaje de acuerdo. Se incluyeron preguntas acerca de la religiosidad y la relación sobre la importancia de la religión que se practicaba al momento de aceptar o no las distintas causales de aborto, la religiosidad no se tuvo en cuenta cuando la decisión de abortar provenía de un estado de salud alterado o en riesgo para la madre, sin embargo si tuvo una gran importancia con una alta tasa de prevalencia, 8.69%, entre quienes consideraron que el aborto nunca debería legalizarse.

Los estudios de opinión en la población en general, como el realizado en México (28), también se basan en la aplicación de encuestas, en este caso, anidadas dentro de la Encuesta Nacional de Demografía de 2009. La muestra fue considerada representativa y se realizó una prueba piloto previamente. Incluyó un total de 939 encuestados, con preguntas acerca del conocimiento de la nueva ley del 2007 en la Ciudad de México, en la cual se aprobó el aborto por todas las causas dentro de los primeros tres meses de gestación, las restantes situaciones para las cuales el aborto es permitido y la opinión acerca de las medidas, a través de preguntas como si ha oído de la ley, si considera que esta debe extenderse a otras áreas del país, si debe ser tenido en cuenta el punto de vista de la ley, la sociedad, la mujer o la ciencia, etcétera. Se observó nuevamente una tendencia creciente de personas a favor de la nueva legislación, 74% a favor, en comparación con un 63% en un estudio previo de 2008 y un 38% en 2007. También se registró un aumento significativo del porcentaje de personas a favor de extender la ley a otros estados de México, de 51% en 2007 a 83% en 2009. En el análisis bivariado de este estudio, se intentó inferir que variables generales de la población se correlacionaban con el apoyo a la legislación en materia de aborto, dando como resultado las variables de nivel educativo, más allá de estudios secundarios, asistencia infrecuente a los servicios religiosos y haber estado casada o casado.

Otro punto crítico en la investigación sobre el aborto, es el conocimiento de la legislación por parte del personal proveedor de salud, toda vez que aunque algo alejado del ámbito político o jurídico, son los trabajadores en salud quienes en efecto, representan la instancia final de la decisión sobre el aborto frente a la usuaria que demanda el servicio del procedimiento seguro. Sobre este tema, en Brasil en 2012 se realizó una investigación acerca del conocimiento de la legislación brasileña relativa al aborto entre los médicos en formación (29). La metodología fue la aplicación de un instrumento directo a estudiantes de medicina de primero a sexto grado, de una universidad pública de São Paulo. A través de un cuestionario, en el cual deberían responder afirmativamente que se podría acceder a un aborto en casos de riesgo inminente para la vida de la gestante y de un embarazo resultado de violación, y de forma negativa para la causal de malformación congénita, falta de métodos anticonceptivos, condiciones socioeconómicas poco propicias, embarazo no deseado, padre o madre positivos para VIH. No hubo diferencia en los porcentajes de acierto entre los estudiantes de ambos grados, a pesar de que el 87% respondió que había recibido algún contenido respecto al tema del aborto, pero el 72% reconocía que era insuficiente esa información y que se debían revisar los materiales de la formación médica, con respecto a los temas de derechos sexuales y reproductivos en la salud de la mujer.

Sobre el mismo tópico, en México se condujo la investigación Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en México, entre ginecobstetras en 2009, que apareció publicada en la revista *Salud Colectiva*, en Buenos Aires en 2013 (30). Se aplicó la encuesta, aprovechando una reunión académica de ginecobstetricia en 2009. El diseño aplicado es el de encuesta transversal y recogió datos de médicos de todas las entidades federativas de México (excepto Chihuahua). Con respecto a los conocimientos de las leyes vigentes, solo el 8.4% tenía un conocimiento correcto de las leyes actuales en el estado en el cual ejercían. El 71.1% de los especialistas estaban de acuerdo con que el aborto era aceptable bajo ciertas circunstancias, mayoritariamente aprobaron el aborto cuando el embarazo ponía en riesgo la vida de la mujer (88.8%), cuando es resultado de un violación (83.5%), y por malformaciones del feto (83.5%). Sin embargo, solo el 4.5% y el 14.8% de las mujeres que solicitan el aborto lo hacen por razones derivadas de su estado de salud o por violación, respectivamente.

En contraste, las razones por las cuales recurren a un aborto son, en mayor medida: porque no están listas para tener un hijo (26.6%), porque no tienen una relación estable con su pareja (22.2%), y porque son menores de 18 años (17.2%). La población estudiada también reconoció que prefería los métodos quirúrgicos de aborto, frente al aborto con medicamentos, en parte por desconocimiento de los métodos alternativos y también por temor a que las pacientes no fueran capaces de seguir las recomendaciones para realizarse un aborto con medicamentos, en especial las mujeres de estrato socioeconómico bajo. Como en los estudios anteriores, se observó una mayor aceptación hacia al

aborto y se reconoció que el hecho de atender complicaciones derivadas de un aborto inseguro sensibiliza y conlleva a actitudes más favorables hacia el mismo, aunque el apoyo se concentrara en aquellas circunstancias que eran ajenas a la decisión de la mujer, no así a las circunstancias que se referían a ejercer su autonomía en la decisión de terminar con un embarazo.

En 2014, en la provincia de Santa Fe, en Argentina, se realizó una investigación con el fin de precisar la opinión de los proveedores de salud con respecto al aborto (31). Se condujo un diseño de intervención pre y postaborto, que incluye una encuesta de diagnóstico del estado basal de conocimiento de la ley y de opinión acerca del aborto en sí. Se realizaron entrevistas de intervención y una evaluación final. El hallazgo es concordante con el estudio de México, hay un alto porcentaje de proveedores de salud que no poseen información adecuada del marco legal vigente, esta información está restringida a las causales de salud y violación y tanto la aceptación como la experiencia de prácticas de abortos son mucho menores para el resto de las causales incluidas en la legislación argentina.

La opinión de mujeres en lugares donde el aborto está restringido por ley, se investigó en la publicación *Experiencia de las mujeres latinoamericanas con el aborto con medicamentos, en lugares donde el aborto está restringido por ley* (32). Este estudio es una revisión bibliográfica de varias publicaciones en donde, a través de encuestas, se interrogó acerca de la experiencia con aborto inducido con medicamentos, se incluyeron 27 artículos, concluyéndose que la mayoría obtienen la medicación por ellas mismas y que acceden a un aborto por la imposibilidad de acceder a un aborto clandestino y cuando han tenido información completa y precisa acerca del aborto con medicamentos. Las mujeres prefieren la seguridad del aborto medicamentoso, por la privacidad y por la posibilidad de contar con un cuidador cercano durante el proceso. Perciben el aborto con medicamentos como más fácil, más seguro, más práctico, menos costoso, más natural y menos traumático frente a otros métodos. El hecho que sea autoinducido y que evite una cirugía también es de relevancia. Los aspectos negativos evaluados incluyen los efectos adversos, la posibilidad de que no sea efectivo y el hecho de que algunas mujeres deban acudir a los servicios médicos, donde pueden ser sancionadas e incluso reportadas a la policía.

Uruguay desarrollo hace más de 10 años un modelo que incluye a la mujer que cursa un embarazo no deseado-no aceptado, en el sistema de salud —el cual se denomina Modelo de Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo—, lo cual conllevó a avances sustanciales en las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva, que repercutió en la disminución de la mortalidad materna y, probablemente también, en la disminución del número de abortos. La ley de despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo (Ley 18937 de septiembre de 2012), se direccionó en la medida para facilitar la posibilidad a los médicos de acompañar de una manera más integral este proceso siempre complejo y siempre difícil, nunca deseado, aunque si necesario para las pacientes que así lo solicitan (33).

IV. Discusión

Los países de América Latina y el Caribe que tienen un marco legal restrictivo sobre el aborto, como Chile, El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana, tienen poca, o casi inexistente producción teórica sobre el aborto, lo cual representa una gran preocupación, en la medida en que el marco legal restrictivo permanece invisible y por tanto, más difícil para cambiar en términos de transformaciones legales, sociales y políticas sobre el aborto. Llama la atención que las publicaciones sobre la legislación de estos países, aparecen en revistas indexadas de otras naciones, y que las investigaciones se hacen con el propósito de divulgar las experiencias de los lugares con prohibición total, en sitios donde la posibilidad de aprobar leyes restrictivas es una amenaza constante.

De los países de América Latina y el Caribe que más producen estudios académicos, de caso o análisis teóricos son: Brasil, Argentina, México y Colombia. Estas son las naciones en las que se generaron mayores cambios en la legislación en la pasada década. La mayoría de los estudios parten en sentido cronológico de una descripción del problema desde varios aspectos (jurídico, consecuencias en la morbi-mortalidad, impacto estadístico, económico y demográfico) para llegar a la comparación en el impacto que ha producido el cambio en la ley de cada uno de los países.

Otro aspecto importante a señalar, a partir de la lectura sistemática realizada y el contexto de las políticas de las publicaciones, es que la legislación sobre el aborto en América Latina y el Caribe ha tenido cambios estructurales que llevan en promedio cinco años. Por consiguiente, existe interés en el impacto en la salud de acuerdo al marco legal, estudios de casos concretos y análisis de opinión sobre los cambios jurídicos frente a la liberalización o despenalización del aborto, ya sea parcial o total.

Por lo anterior, las investigaciones para el próximo período, deberían centrarse en la búsqueda del reflejo de los cambios en las tendencias de salud y en demostrar la necesidad que sigue existiendo de extender la protección jurídica de las mujeres que por múltiples razones aún no pueden acceder a un aborto seguro en América Latina, el impacto de marcos legales parciales, las estrategias jurídicas utilizadas por las mujeres, las organizaciones y el Estado para avanzar en esta materia.

V. Conclusión

El período incluido en la revisión, es una etapa que podría describirse como de transición sobre la situación del aborto en América Latina y el Caribe, en aspectos jurídicos, sociales y políticos. En tal sentido, encontramos que en los países donde se han producido cambios progresistas en la legislación, el impacto en los indicadores económicos y de salud, aún no son evidentes y públicos, por el contrario están determinados por las barreras en el acceso a los servicios de salud y al subregistro que se deriva de la persecución que hubo en los países donde existió una prohibición total.

Los estudios sobre opinión de la legislación, refuerzan el hecho de que el período es una transición. Los resultados apuntan al desconocimiento en la materia por parte de la población en general y, lo que es más grave, entre los prestadores de servicios de salud. Los jueces y fiscales tienen interpretaciones variadas y que además están influenciadas por temas que trascienden lo jurídico (conceptos religiosos, formación académica, estado civil, etcétera).

Las investigaciones jurídicas, utilizan el derecho comparado para desvirtuar la mayoría de los conflictos constitucionales en los países que tienen leyes restrictivas muestran los elementos que se utilizaron en las demandas y la consecución de cambios de la legislación en las diferentes naciones. También se encuentran los argumentos comunes que se han extraído de los ejercicios de interpretación de la legislación internacional.

Siguen existiendo vacíos en la investigación sobre el aborto. En los temas de salud, debe compararse la situación de la salud entre las mujeres que acceden al aborto en los países que han liberalizado parcialmente la legislación, con aquellas que no pueden acceder al estar fuera de las causales o del tiempo de la despenalización, así como la descripción de las barreras del acceso y las acciones jurídicas que pueden llevarse a cabo para vencer los problemas de accesibilidad, protección e implementación del aborto legal y seguro.

La investigación en torno al aborto ha tenido avances importantes, que van de la mano de los progresos en la legislación. Los temas jurídicos y de derechos humanos están alineados con los movimientos que han producido los cambios legislativos. Por otro lado, las investigaciones en salud permanecen en lo descriptivo y toman distancia de los movimientos sociales, e insisten en la indagación por temas, lo cual no contribuye a la resolución de los conflictos en la prestación de los servicios.

VI. Referencias

1. Kulczycki A. Abortion in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments. *Stud Fam Plann.* 2011;42(3):199-220.
2. González Vélez AC. La situación del aborto en Colombia: entre la ilegalidad y la realidad. *Cad Saude Publica.* 2005;21(2):624-8.
3. González Vélez AC. “The health exception”: A means of expanding access to legal abortion. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2012;20(40):22-9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)40668-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(12)40668-1).
4. Ruibal A. Movement and counter-movement: a history of abortion law reform and the backlash in Colombia 2006–2014. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2014;22(44):42-51. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0968808014448031>.
5. So M. Resolving Conflicts of Constitution: Inside the Dominican Republic’s Constitutional Ban on Abortion. *Indiana Law Journal.* 2011;86(2):713-734.
6. Paúl Díaz Á. Estatus del no nacido en la Convención Americana: Un ejercicio de interpretación. *Ius et Praxis.* 2012;18(1):61-112.
7. Banfi Vique A, Cabrera OA, Gómez Lugo F, Hevia M. El veto del ejecutivo uruguayo a la despenalización del aborto: deconstruyendo sus fundamentos. *Mujer y Salud en Uruguay;* 2010.
8. Boland R, Katzive L. Developments in Laws on Induced abortion: 1998-2007. *Int Fam Plan Perspect.* 2008;34(3):110-120.
9. Cook RJ. Derechos Humanos y Salud Materna: Explorando la Eficacia del Dictamen del Caso *Alyne*. *Revista Argentina de Teoría Jurídica.* 2014;15:1-35.
10. Cúnico SD, Quintana AM, Lúcia C, Beck C. Algumas considerações acerca da legalização do aborto no Brasil. *Mudanças - Psicologia da Saúde.* 2014;22(1):41-47.
11. Marginalized, Persecuted and Imprisoned. The Effects of El Salvador’s Total Criminalization of Abortion. Nueva York: Center for Reproductive Rights; 2014
12. Oberman M. Cristina’s World: Lessons from El Salvador’s Ban on Abortion. *Stan L & Pol’y Rev.* 2013;271:1-38.
13. Miller DB, Parris N. Capturing the Moment: The Barbados Experience of Abortion Law Reform. En Taitu Heron T y Maxwell S, guest eds. Special Issue on Women’s Reproductive Health and Rights in Select Caribbean Countries. *Socual and Economic Studies.* 2012 septiembre;61(3):39-58.

14. F ELF, Autosatisfactiva ALSM. Aborto no punible. Primer aniversario de F.,A.L. S/medida autosatisfactiva. ¿Qué obtuvimos y qué nos queda por obtener? Argentina: Asociación por los Derechos Civiles; 2013.
15. Galli B, Drezett J, Neto MC. Aborto e objeção de consciência. Cienc Cult [Internet]. 2012, junio;1:32-35. Disponible en: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252012000200014&script=sci_arttext.
16. Secafen Mingati v, Pereira de Góes W, Garcia da Costa I. The anencephalic fetus abortion and the constitutional issue. Journal of Human Growth and Development. 2012;22(2):133-141.
17. Prada E, Singh S, Villarreal C. Health consequences of unsafe abortion in Colombia, 1989-2008. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2012;118(Supl 2):S92–S98. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60006-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60006-X).
18. Schiavon R, Troncoso E, Polo G. Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2012;118(Supl 2):S78-S86. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60004-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60004-6).
19. Singh S, Monteiro MFG, Levin J. Trends in hospitalization for abortion-related complications in Brazil, 1992-2009: Why the decline in numbers and severity? Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2012;118(Supl 2):S99-106. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60007-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60007-1).
20. Koch E, Chireau M, Pliego F, Stanford J, Haddad S, Calhoun B, *et al.* Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states. BMJ Open [Internet]. 2015;5(2):e006013–e006013. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmjopen-2014-006013>.
21. Malter J. Revisión de un estudio por Koch *et al.* sobre el impacto de las restricciones al aborto en la mortalidad materna en Chile. Comunicado Guttmacher. Guttmacher Institute; 2012.
22. Galli B. Negative Impacts of Abortion Criminalization in Brazil: Systematic Denial of Women's Reproductive Autonomy and Human Rights. University of Miami Law Review [Internet]. 2011;65(3):969-980. Disponible en: <http://repository.law.miami.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1147&context=umlr>
23. Bates C. Abortion and a Right to Health in International Law: L.C. v Peru. Cambridge Journal of International and Comparative Law. 2013;3(2):640-656.
24. Diniz D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. Cad Saude Publica. 2013;29(9):1704-1706.

25. Chávez-Alvarado S. Aborto terapéutico, ausencia injustificada en la política sanitaria. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(3):494-9.
26. Zúñiga Añazco Y. Una propuesta de análisis y regulación del aborto en Chile desde el pensamiento feminista. *Ius et Praxis*. 2013;19(1):255-299.
27. Duarte GA, Osis MJD, Faúndes A, de Sousa MH. Brazilian abortion law: the opinion of judges and prosecutors. *Rev. Saúde Publica*. 2010;44(3):406-420.
28. Wilson KS, García SG, Olavarrieta CD, Villalobos-Hernández A, Rodríguez JV, Smith PS, *et al*. Public Opinion on Abortion in Mexico City after the Landmark Reform. *Stud Fam Plann*. 2011;42(3):175-182.
29. Almeida MAS De, Amorim FHR, Barbosa ÍAF, Dias A, Morita I. Conhecimento na Formação Médica. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(2):243-248.
30. García-Núñez NN, Atienzo EE, Dayananda I, Walker D. Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en México. *Salud Colect*. 2013 mayo-agosto;9(2):235-246.
31. Ramos S, Romero M, Michel AR. Health care providers' opinions on abortion: a study for the implementation of the legal abortion public policy in the Province of Santa Fe, Argentina. *Reprod Health*. 2014 septiembre 24;11(72).
32. Zamberlin N, Romero M, Ramos S. Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. *Reprod Health* [Internet]. 2012;9(34):1-11. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3557184&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
33. Briozzo PL. La despenalización del aborto como estrategia hacia una práctica segura, accesible e infrecuente. *Rev. Méd Urug*. 2013;29(2):114-117.

8. ESTIGMA Y ABORTO

El estigma asociado al aborto como objeto de estudio: los primeros pasos en América Latina

Nina Zamberlin

Resumen

El estigma asociado al aborto se expresa en el clima sociocultural negativo en torno al tema y en el silenciamiento de esa práctica, tanto por parte de las mujeres que la atraviesan, como de los profesionales que la brindan. En las mujeres, el estigma no solo impacta en términos psicológicos sino que también condiciona la voluntad de buscar atención médica, máxime en contextos de ilegalidad. A nivel de los proveedores, el estigma los deslegitima y excluye dentro de su comunidad profesional, asocia su rol al “trabajo sucio”, aumenta el estrés y promueve situaciones de hostigamiento y violencia. Este capítulo resume los hallazgos de una revisión bibliográfica sobre el estigma relacionado con el aborto, tanto en mujeres como en profesionales de la salud en América Latina. La búsqueda arrojó siete artículos publicados en revistas indexadas sobre países de América Latina o regionales, en el período 2009-2014 y disponibles en bases de datos electrónicas. A pesar de la producción limitada, los estudios identificados son sumamente valiosos al proponer un marco teórico específico para focalizar la mirada sobre una dimensión que siempre ha estado presente, pero que recién ahora se perfila como un campo de estudio en sí mismo. Los aportes de estos estudios permiten identificar nudos críticos que exigen mayor profundización en la producción empírica, teniendo en cuenta las particularidades del contexto latinoamericano.

Palabras clave

Aborto, estigma, América Latina

I. Introducción

I.1. El concepto de estigma

A principio de la década del sesenta, el sociólogo Erving Goffman (7) definió el estigma como un atributo de descrédito, ligado a características negativas que desafían las expectativas sociales y devalúan al sujeto. La persona estigmatizada es vista como poseedora de una diferencia indeseable y negativamente valorada, en torno a la cual construye su identidad.

El estigma es una construcción social basada en los estereotipos culturales que existen en toda sociedad y recae sobre los sujetos que se desvían de las normas y expectativas culturales dominantes. Puede tratarse de rasgos visibles y físicamente manifiestos, o imperceptibles y no evidentes, y por lo tanto ocultables. Por lo general, en el último caso, las personas preferirán guardar secreto respecto a su condición para evitar ser estigmatizadas.

Luego de Goffman, el concepto de estigma fue ampliamente abordado desde las ciencias sociales. Si bien ese autor incluyó elementos individuales y sociales, su conceptualización del estigma ha sido aplicada principalmente al impacto psicológico sobre los sujetos afectados y, en menor medida, a entender cómo impacta en la vida social y las relaciones humanas (12). Link y Phelan (16), señalan que el estigma es la ocurrencia simultánea de sus componentes –etiquetamiento, estereotipos, separación, pérdida de estatus y discriminación–, y que además, para que haya estigmatización debe existir un ejercicio del poder.

Existen distintos niveles de expresión del estigma: percibido, experimentado e internalizado. El estigma es percibido, cuando el individuo es consciente de las valoraciones negativas de los otros hacia el/ella. El estigma es experimentado, cuando la persona vivencia de manera directa la reacción negativa de su entorno en forma de prejuicio y discriminación. Y el estigma es internalizado, cuando una persona acepta e incorpora subjetivamente la valoración cultural negativa de los rasgos que lo distinguen (7,3).

El estigma ha sido estudiado de manera extensa en relación con una amplia variedad de temáticas dentro del campo de salud, que abarcan desde la salud mental, incontinencia urinaria, lepra, tuberculosis, obesidad, hasta el uso de drogas y el VIH/Sida. El estigma respecto del aborto constituye un campo de estudio más reciente e incipiente en términos de teorización e investigación (14,18, 2,1).

I.2. Estigma y aborto

Para pensar el concepto de estigma vinculado al aborto nos basamos en la conceptualización desarrollada por Kumar, Hessini y Mitchell (14), que lo definen como “un atributo negativo asignado a

las mujeres que buscan terminar un embarazo que las marca interna y externamente como inferiores al ideal de mujer”.

Las mujeres que interrumpen un embarazo, rompen las expectativas sociales dominantes sobre la naturaleza del ser mujer a partir de tres elementos: a) la sexualidad femenina ligada a lo reproductivo; b) la maternidad como destino; y c) el instinto natural femenino de cuidado hacia los vulnerables. El desvío de la norma conlleva propiedades indeseables en esa mujer (pecadora, promiscua, sucia, egoísta, irresponsable, descorazonada, asesina), que se acentúan con las políticas que restringen y criminalizan el aborto.

Aplicado a las mujeres que pasaron por un aborto, el estigma percibido es la apreciación individual acerca de lo que los demás piensan sobre el aborto, y lo que podría ocurrir si la experiencia propia tomara estado público (rechazo de la familia o pareja, deterioro de relaciones sociales, pérdida de amistades, crítica, maltrato y aislamiento). El estigma experimentado se refiere a la experiencia real de ser blanco de acciones de discriminación, de agresión u hostigamiento por parte de terceros. Por último, el estigma internalizado es la manifestación de las dos anteriores dimensiones en sentimientos de culpa, vergüenza, ansiedad y otras emociones negativas que producen malestar y motivan el ocultamiento (3,21).

El estigma ligado al aborto se considera como “ocultable”, es decir que no se sabe de él a menos que la situación sea revelada a los demás (19). La percepción del clima social negativo de desaprobación respecto del aborto y el temor a ver afectada su reputación, tienen una relación directa con la voluntad de las mujeres de mantener en secreto sus experiencias de aborto, o de develarlas solo de manera selectiva (3).

Silenciar y mantener en secreto la experiencia del aborto o las referencias a este evento como parte de la vida de las mujeres, conduce a un círculo vicioso que refuerza la perpetuación del estigma (14,20). Para evitar la estigmatización y la desaprobación, las mujeres optan por mantener en secreto sus abortos. En otras palabras, el estigma convierte al aborto en algo de lo cual no se puede hablar. Esto conduce a que la percepción social de la ocurrencia del aborto sea la de un evento poco frecuente, lo que automáticamente lo alinea con una conducta desviada y que, justamente por ello, las mujeres preferirán ocultar. La consecuencia de este círculo vicioso es lo que se conoce como la “paradoja de la prevalencia” (14).

El estigma se plantea en los diferentes niveles de la interacción humana: entre los individuos, en las comunidades, las instituciones, las estructuras de gobierno y en los discursos. Para analizar el alcance del estigma Kumar, Hessini y Mitchell (14) desarrollaron una clasificación de los campos de acción de estigma asociado al aborto. La cual incluye:

- La cultura masiva y la opinión pública. El discurso dominante plantea el aborto como un evento indeseable. Esto se refleja claramente en el lenguaje con fuertes connotaciones negativas;
- nivel estructural / gobierno. Las leyes que regulan, limitan, prohíben o criminalizan el aborto crean, refuerzan y reproducen el estigma;
- nivel institucional / organizacional. Las lógicas institucionales de los servicios de salud que excluyen o separan la prestación de abortos de otros servicios, o las *currículas* universitarias que excluyen la formación profesional sobre el aborto también son creadoras de estigma;
- nivel de la comunidad. El miedo al rechazo o a la condena por parte de la comunidad de pertenencia funciona para que muchas mujeres aborten en soledad, sin animarse a buscar apoyo en su entorno;
- nivel individual. Se refiere al impacto del estigma a nivel psicológico y emocional de la mujer que interrumpe un embarazo. Puede expresarse en sentimientos de malestar, vergüenza y culpa. Las mujeres que se sienten manchadas, avergonzadas y moralmente cuestionadas son más vulnerables a sufrir estrés psicológico luego de un aborto. Estos argumentos se han utilizado para fundamentar la patologización del aborto bajo el supuesto síndrome postaborto sin identificar su origen en la vivencia estigmatizada.

La prohibición legal del aborto que rige en muchos países, implica una posición clara del aborto como algo moralmente condenable. Las consecuencias de la marginación y el silenciamiento impactan en la salud y el bienestar de las mujeres, y también en la vida personal y profesional de los proveedores de servicios.

Para las mujeres, el estigma no solo tiene un impacto psicológico sino que también condiciona la voluntad de buscar atención médica, máxime en contextos de ilegalidad. Las mujeres se sentirán inhibidas de revelar sus decisiones o experiencias de aborto en consultas médicas posteriores, incluso con su profesional de cabecera. Para evitar que se conozca su decisión, algunas recurrirán al aborto inseguro por medio de maniobras auto inducidas o a proveedores no idóneos (21).

A nivel de los proveedores, el estigma los deslegitima y excluye dentro de su comunidad profesional, asocia su rol al “trabajo sucio”, aumenta el estrés y promueve situaciones de hostigamiento y violencia. Bajo estas condiciones, muchos optan por no involucrarse en la práctica del aborto, o si lo hacen, no lo comentan abiertamente en su entorno social y profesional. Aquí también se genera un círculo vicioso que refuerza la idea del aborto como un evento de rara ocurrencia y deslinda a los médicos “respetables” de tal práctica. A este fenómeno de silencio y ocultamiento que conlleva deslegitimación de los médicos proveedores del aborto se le ha llamado “paradoja de la legitimidad” (8).

Harris y Grossman (9) ponen la lupa sobre el aborto de segundo trimestre, como una esfera en la que el estigma se magnifica por la corporalidad que va ganando el feto en esa etapa. Hay una representación exacerbada del sentimiento “antimaternal” de la mujer que interrumpe un embarazo avanzado, sumado al cuestionamiento de por qué tuvo que esperar hasta ese momento. Asimismo, los profesionales que realizan abortos de segundo trimestre son cuestionados y deslegitimados. Los autores señalan que si el estigma convierte al aborto en algo de lo cual no se puede hablar, en el caso del segundo trimestre, lo vuelven algo “impensable”.

I.3. Producción de conocimiento

La investigación sobre estigma y aborto es reciente. En 2014 la revista *Women&Health*¹ dedicó un número especial al estigma asociado al aborto, destacando la necesidad de ampliar el conocimiento y la reflexión crítica sobre el tema. Han surgido también instituciones como Sea Change² e Inroads (International Network for the Reduction of Abortion Discrimination and Stigma),³ que llevan adelante iniciativas focalizadas en los temas de aborto y estigma. Por otro lado, en 2013 Ipas junto con *Advancing New Standards in Reproductive Health* (ANSIRH) de la Universidad de California, San Francisco, organizaron una reunión sobre estigma y aborto en la que participaron expertos del campo de la salud, del derecho, de las ciencias sociales y de organizaciones comunitarias de 11 países, con el fin de definir objetivos de investigación y programáticos sobre aborto y estigma (11).

La mayoría de la literatura se concentra principalmente en las experiencias de las mujeres en contextos donde el aborto voluntario es legal. El estigma asociado al aborto ha sido muy poco estudiado en relación con los profesionales de la salud que proveen estos servicios (14,18,8,10,13), pero existen hipótesis acerca del estrés que sufren, su agotamiento y sus temores (18). Hay trabajos que señalan también que estos efectos negativos son contrarrestados con creencias positivas por parte de ellos mismos, basadas en lo valioso que consideran estar ayudando a las mujeres (8).

Este trabajo resume los hallazgos de una revisión bibliográfica sobre el estigma relacionado al aborto, tanto en mujeres como en profesionales de la salud proveedores de servicios de aborto en América Latina.

.....
¹ El número especial fue coeditado por Kate Cockrill (Sea Change) Leila Hessini y Kristen Shellenberg (IPAS) y Katrina Kimport (University of California, San Francisco).

² <http://seachangeprogram.org>

³ <http://endabortionstigma.org/en.aspx?m=1>

II. Metodología

El estigma –aun cuando no estuviera conceptualizado como tal–, sale a la luz en los estudios sobre actitudes de profesionales de la salud respecto de la práctica del aborto, en los que describen las experiencias de las mujeres y también en los de opinión pública. No obstante, la mirada específica sobre el estigma vinculado al aborto, es un tema de estudio reciente a nivel global y muy incipiente a nivel de la región latinoamericana.

Teniendo en cuenta que esta compilación incluye un capítulo sobre actitudes de profesionales de la salud, y otro sobre experiencias de las mujeres, para la presente revisión se tomó como criterio de inclusión que los trabajos tuvieran un foco específico en el estigma (analizado desde las miradas de los proveedores, las mujeres y la opinión pública). En ese sentido, se seleccionaron únicamente los trabajos que incluyen el término “estigma” en el título o entre las palabras clave.

La búsqueda apuntó a identificar trabajos publicados en revistas indexadas en el período 2009-2014, sobre países de América Latina o regionales, disponibles en bases de datos electrónicas. Por criterio general de esta compilación se excluye la literatura gris.

Se definieron los siguientes grupos genéricos de temas: aborto, estigmas, estigma social, estigmatización, América Latina. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos y repositorios nacionales, internacionales y regionales: Google Scholar, Medline, Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, PubMed, Central, BASE (Bielefeld Academic Search Engine), RepoCLACAI (Repositorio del CLACAI), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal), LA REFERENCIA (Red Federada de Repositorios Institucionales de Publicaciones Científicas), SNRD-Argentina (Sistema Nacional de Repositorios Digitales de Argentina). Para cada fuente se conformó la estrategia de búsqueda específica, en función de las palabras clave disponibles⁴. Luego de aplicados los criterios de inclusión-exclusión fueron seleccionados siete artículos.

.....
⁴ La autora agradece la colaboración de Sandra Raiher en esta tarea.

III. Resultados

La **Tabla I** resume las características de los siete documentos seleccionados.

Núm.	Título	Autores	Revista	Año	País	Población de estudio	Metodología
1	Public opinion about abortion-related stigma among Mexican Catholics and implications for unsafe abortion	Mc Murtrie S, García S, Wilson K, Díaz-Olavarrieta C.	<i>International Journal of Gynecology and Obstetrics</i>	2012	México	Varones y mujeres mayores de 18 años que se identifican como católicos.	Encuesta representativa nacional cara a cara (N=3000).
2	Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico	Sorhaindo AM, Juárez-Ramírez C, Díaz Olavarrieta C, Mejía MC, García S.	<i>Women & Health</i>	2014	México	Mujeres que se hicieron un aborto, sus parejas y población en general.	Grupos focales y entrevistas a profundidad.
3	Entre el estigma y la ley. La interrupción legal del embarazo en el DF.	Lamas M	<i>Salud Pública de México</i>	2014	México		Artículo de opinión/ revisión
4	Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study	Shellenberg K, Moore A, Bankole A, Juárez F, Omideyi AK, Palomino N, Sathar Z, Singh S, Tsui A	<i>Global Public Health</i>	2011	Estudio multicéntrico de cinco países entre los que se encuentran México y Perú	Varones y mujeres de 18 a 44 años, con y sin experiencia de aborto	Grupos focales y entrevistas a profundidad.
5	Autonomia reprodutiva em questão: relatos de mulheres sobre aborto e estigma em Mato Grosso do Sul	Galli B, Sydow E, Adesse L	<i>Ipas Brasil</i>	2010	Brasil	Mujeres procesadas por delito de aborto.	Entrevistas.

Núm.	Título	Autores	Revista	Año	País	Población de estudio	Metodología
6	Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade	De Zordo S	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>	2012	Brasil	Profesionales de la salud de dos instituciones: una que presta servicios de aborto legal y otra que no.	Encuestas y entrevistas semiestructuradas.
7	Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations	Faúndes, A.; Alves Duarte, G.; Duarte Osis, MJ.	<i>International Journal of Gynecology and Obstetrics</i>	2013	Brasil*	Profesionales de la salud.	Artículo de opinión/ revisión

* Los autores pertenecen a la Universidad de Campinas, Brasil, referencian como fundamento estudios de Brasil, no obstante la reflexión aplica al contexto latinoamericano en general.

III.1. Distribución geográfica

Los trabajos seleccionados se concentran en dos países: México y Brasil. También se incluye Perú junto con México en un estudio multicéntrico que abarca cinco países de distintos continentes.

Desde 2007, a partir de la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas de gestación en la Ciudad de México, el contexto de esa jurisdicción en particular ha sido un escenario privilegiado para la investigación sobre aborto,⁵ sumado al histórico desarrollo académico de ese país en el campo de la salud sexual y reproductiva. Los restantes estados mexicanos también son campo de estudio, especialmente por los procesos restrictivos que se han catalizado para evitar reformas similares a la del Distrito Federal.

III.2. Las poblaciones estudiadas

La mayoría de los trabajos se enfoca en distintos recortes de la población general (17,22,21) y algunos de estos incluyen submuestras de mujeres que atravesaron la experiencia de un aborto (22,21). Solo una investigación aborda exclusivamente mujeres que abortaron (6).

.....
⁵ Si bien la delimitación de la búsqueda bibliográfica abarca un período posterior a 2007, año de la reforma legal en la Ciudad de México, el estudio de Shellenberg *et al.*, publicado en 2011 se basa en un relevamiento realizado en 2006, es decir que se ubica en un escenario previo a la reforma legal en el DF.

Por otro lado, dos de los siete trabajos se refieren a profesionales de la salud (6,7), ambos de Brasil.⁶

III.3. Metodología

Dos de los siete trabajos son ensayos o revisiones que retoman datos secundarios (15,7). En los estudios de investigación predomina el enfoque cualitativo con entrevistas en profundidad o con grupos focales (22,21,6,4), en algunos casos, triangulado con encuestas en muestras pequeñas (4). Un estudio de opinión pública en México es representativo nacional, con una muestra de 3000 casos (17).

III.4. Hallazgos principales

III.4.1. El estigma social

En México, McMurrie *et al.* (17) realizaron una encuesta de opinión pública representativa nacional, con una muestra de 3 000 varones y mujeres mayores de 18 años que se identifican como católicos/as. El estudio indagó sobre las percepciones de esa población respecto de derechos sexuales y reproductivos, aborto y estigma relacionado con el aborto. Los resultados muestran que el estigma está muy presente en la opinión pública y que tiene el potencial de aislar, discriminar y poner en riesgo a las mujeres. El entorno social presiona a las mujeres para mantener en secreto sus intenciones o experiencias de interrumpir un embarazo, con el fin de evitar ser juzgadas, criticadas y discriminadas.

En relación con la visión social estigmatizante, las autoras analizan las posibles consecuencias para la vida y la salud de las mujeres que devienen de su voluntad de evitar el estigma manteniendo el secreto, evitando su red social o familiar, eludiendo el sistema de salud y recurriendo al sistema clandestino, ya sea para solicitar un aborto legal o atención postaborto. Transitar el circuito institucional oficial, implica exponer su situación/decisión frente a determinados actores que pueden reaccionar negativamente, o no respetar la confidencialidad y develar ese conocimiento frente a otros. El temor a este develamiento y su consecuente estigmatización es de tal potencia que podría forzar a las mujeres a optar por el inseguro circuito clandestino, aun en contextos de legalidad.

Habrán incluso mujeres que desistirán de abortar para evitar el estigma, pero por ello enfrentarán otro tipo de estigmas, como el de ser madre sola o el de dar en adopción a su hijo.

Los resultados de Shellenberg *et al.* (21) y de Sorhaindo *et al.* (22), abonan en el mismo sentido, al identificar la fuerte presencia de estigma en las representaciones sociales de las poblaciones estudiadas, que se expresa en la asociación de la mujer que interrumpe un embarazo, con características negativas como irresponsable, promiscua, anormal, asesina, diabólica y pecadora.

.....
⁶ El artículo de Faúndes *et al.*, es obra de un equipo que pertenece a la Universidad de Campinas, Brasil. Se referencian como fundamentos estudios de Brasil, no obstante la reflexión alude al contexto latinoamericano en general.

Los estudios refieren también la percepción de consecuencias negativas del aborto en distintos ámbitos:

- Las relaciones de pareja: un aborto puede traer crisis, separación y violencia. El estudio de Sorhaindo *et al.* (22) que incluyó la perspectiva de los varones, identifica un elemento adicional que es el rechazo de estos hacia una mujer que se haya practicado un aborto y su equiparación con una mujer indeseable y de poco confiar;
- las relaciones familiares y sociales que pueden resentirse o disolverse y el señalamiento de la comunidad;
- el pecado y la ofensa religiosa puede acarrear un “castigo divino”;
- consecuencias físicas como infertilidad y cáncer.

III.4.2. Los profesionales de la salud

Los trabajos que abordan el estigma desde los profesionales de la salud, coinciden en identificar un nexo vinculante entre estigma y objeción de conciencia, que redundando en una alta prevalencia de esta figura, esgrimida más como una forma de evadir la estigmatización y menos con base en fundamentos de conciencia auténticos (4,5,15).

Los autores también coinciden en señalar como particularidad de la comunidad de médicos ginecobstetras, la prevalencia de posturas conservadoras. Estos especialistas suelen argumentar su vocación y formación de proteger la vida en gestación como un elemento contradictorio con la práctica de abortos (4,5,15).

Faúndes *et al.* (5) llaman la atención sobre el mal uso y abuso del derecho a la objeción de conciencia, que representa una de las principales barreras para el acceso al aborto legal. El peso del estigma social y el de la propia corporación médica es tal que, negar el derecho al aborto resulta más cómodo y más seguro que cumplir con el deber ético profesional de proveer los abortos legales. Los autores reflexionan sobre la escasa importancia que la comunidad médica latinoamericana suele asignar al principio bioético de actuar en beneficio del paciente y evitar el daño, cuando se trata de responder a las necesidades de aborto de las mujeres que se encuadran en las circunstancias definidas como legales.

El estudio de McMurrie y sus colegas (17) analiza el nexo entre estigma y objeción de conciencia y su impacto en la disponibilidad y accesibilidad de servicios de aborto. Las leyes que contemplan la objeción de conciencia, son en sí mismas estigmatizantes. El derecho a esgrimir motivos de conciencia para abstenerse de realizar un aborto, reviste una valoración moral muy particular que la diferencia de la mayoría de las prácticas médicas. A su vez, el rechazo a atender a una mujer, fundado en la objeción de conciencia representa un acto de discriminación que maximiza el estigma.

Por su parte, De Zordo (4) señala que las representaciones de los profesionales de la salud acerca del aborto legal, están marcadas por un conjunto de variables entre las que se destacan, por un lado, la estigmatización del aborto por parte de grupos religiosos y por los propios médicos. Por otro lado, la criminalización del aborto genera actitudes evasivas y de poco compromiso, ancladas en el temor de los profesionales a ser denunciados y a sufrir consecuencias legales por proveer la práctica, aun en las situaciones permitidas. Esto se expresa en rechazos, demoras y circuitos tortuosos e innecesarios que se imponen a las mujeres y que, con frecuencia, dilatan los procesos hasta edades gestacionales que sobrepasan el límite de un aborto. Asimismo, la falta de abordaje técnico, epidemiológico y legal, respecto del aborto en las instancias de formación profesional lo invisibiliza dentro del espectro de eventos que hacen a la vida sexual y reproductiva de las mujeres y por lo tanto a la atención de su salud.

Lamas (15) plantea un análisis muy interesante del proceso que tiene lugar en la Ciudad de México a partir de 2007, con la legalización del aborto voluntario en el primer trimestre. La autora examina la relación entre la biotecnología de aborto con medicamentos, el rol de los profesionales de la salud y el estigma.

El aborto con pastillas releva a los profesionales de realizar una práctica de manera directa sobre los cuerpos de las mujeres, como es el legrado o la aspiración uterina. Esto conlleva numerosas ventajas entre ellas, se superan las limitaciones en la disponibilidad de recursos humanos, las dificultades de acceso geográfico a los servicios en áreas rurales, así como la negación de prestar servicios de muchos profesionales que se escudan en la objeción de conciencia. También evita riesgos y disminuye costos. Sumadas estas ventajas aportan a una creciente transformación en la relación del sistema de salud con las mujeres usuarias, volviéndola más igualitaria y menos autoritaria de lo que ha sido históricamente. Las mujeres pasaron de ser delincuentes a ser usuarias legítimas de un servicio público, respaldadas por el Estado en el ejercicio de su autonomía y su derecho a decidir. Además, la metodología de aborto con pastillas implica confiar en la capacidad de la mujer de autoadministrarse la medicación y atravesar satisfactoriamente el proceso, orientada por el equipo de salud.

En este proceso señala Lamas (15), algunos prestadores se alarman o se incomodan ante las mujeres que actúan naturalmente y sin culpa, ejerciendo su decisión de interrumpir un embarazo como un evento “desdramatizado”, imagen que se distancia significativamente de las mujeres sumisas, avergonzadas y temerosas, al que están acostumbrados. Estas percepciones evidencian lo que la autora define como “desplazamiento del estigma”. Dado que los prestadores ya no pueden rechazar los abortos porque son legales, desplazan su repudio a las actitudes atípicas, “descaradas” de las usuarias.

A pesar de los esfuerzos de las autoridades sanitarias del Distrito Federal, y a pesar de la simplicidad que aporta la técnica medicamentosa, las barreras persisten y el estigma sigue presente en la formación profesional que no incluye la temática del aborto, en los seguros médicos privados que no cubren la interrupción del embarazo y en el hecho que la práctica no está disponible en todas las instituciones públicas que podrían proveerla. No obstante las dificultades, numerosos equipos de salud comprometidos se sienten orgullosos de ser proveedores de servicios de interrupción legal del embarazo y están convencidos que lo que hacen es respetar el derecho de las mujeres y evitar riesgos para su vida y su salud (15).

III.4.3. Las mujeres

En los relatos de las mujeres se refleja el estigma social predominante. El estigma percibido es un factor de peso en el proceso de decisión respecto de un aborto y puede llegar a disuadir a algunas mujeres de realizarlo. En otras, no detiene la decisión de abortar, pero implica un costo en términos de soledad, angustia y malestar emocional, así como de salud física cuando se evita el sistema de salud o se recurre al circuito clandestino.

Shellenberg *et al.* (21) y Sorhaindo *et al.* (22), no solo dan cuenta del estigma percibido, sino del internalizado en las mujeres que pasaron por un aborto. Los sentimientos de culpa, tristeza y vergüenza son comunes y predomina el silenciamiento y el secreto en torno al hecho del aborto, especialmente en las comunidades pequeñas. El peso de la religión católica en la cultura mexicana ejerce una presión que exagera la culpa y la vergüenza, así como la amenaza del “castigo divino”.

Algunas de las mujeres entrevistadas por Shellenberg *et al.* (21), se refirieron inicialmente a sus abortos como espontáneos, una estrategia para distanciarse del estigma, y luego admitieron que se trató de abortos inducidos. De igual modo, también cabe señalar que algunas mujeres del estudio de Sorhaindo *et al.* (22) expresaron que cambiaron su percepción acerca del aborto a partir de la experiencia propia de haber atravesado un embarazo no buscado. Previamente solo justificaban un aborto en casos específicos como violación, pero una vez que les tocó vivir personalmente la experiencia, su postura se amplió y cambiaron la mirada prejuiciosa acerca de las mujeres que interrumpen un embarazo.

Respecto del estigma internalizado surgen dos elementos destacables: por un lado, si bien los sentimientos presentes son negativos (culpa, vergüenza, tristeza), estos se relacionan más con el proceso de verse o de temer verse estigmatizadas y no así con la decisión tomada. Sorhaindo *et al.* (22), señalan que a pesar de los sentimientos negativos, no hubo casos de mujeres o varones en su estudio que se mostraran arrepentidos por haber interrumpido el embarazo y consideran que esa fue “la mejor opción”. Algunas mujeres se sintieron empoderadas y orgullosas por haber podido

resolver satisfactoriamente una situación personal compleja y por haber priorizado su voluntad en esas circunstancias.

Los relatos reflejan experiencias solitarias y silenciosas de mujeres solas o de parejas que eligen no compartir su experiencia o no buscar apoyo en su recorrido por el proceso de aborto, o que solo lo hacen selectivamente con aquellas personas de mayor confianza o que creen que les pueden dar información o medios para resolver su situación (22).

III.4.4. La clandestinidad

Si bien, el estigma en todas sus dimensiones está presente, tanto en contextos de legalidad como de ilegalidad del aborto, la prohibición legal indudablemente lo magnifica, lo reafirma y lo legitima.

Las leyes y las políticas son expresiones ideológicas. La criminalización del aborto es un reflejo del carácter discriminatorio hacia las mujeres, que revisten las superestructuras de la organización del Estado, empezando por su sistema de justicia. La penalización va más allá de la condena moral o religiosa, es un elemento concreto de maternidad compulsiva y control de la sexualidad femenina.

La criminalización del aborto y el estigma se articulan en un círculo vicioso de retroalimentación mutua, en el cual la penalización perpetúa el estigma, y a su vez el estigma legitima la penalización del aborto. A pesar de ello, las mujeres se mueven en los márgenes y encuentran la forma de ejercer sus decisiones individuales pero con un alto costo, en soledad y en silencio y en muchos casos arriesgando su salud y su vida (6).

Galli *et al.* (6) describen y analizan el estigma relacionado con la criminalización del aborto con base en las vivencias de mujeres que fueron denunciadas por el delito de aborto en el marco de la investigación policial de una clínica privada en Mato Grosso do Sul, Brasil, en 2007. Mediante esta acción se secuestraron cerca de 10 000 historias clínicas y se procesó a gran parte de las mujeres cuyos datos figuraban allí, violando alevosamente el derecho de toda persona a la confidencialidad en la atención médica. Asimismo, tuvo lugar el arresto y enjuiciamiento de los profesionales de la salud involucrados.

Además de la violencia de la intimación judicial por un acto criminal, las mujeres procesadas pagan un alto costo en la cotidianidad de sus vidas que se ven alteradas por las restricciones que impone el juzgado. Las mujeres deben presentarse a declarar, comparecer periódicamente ante el juez, solicitar autorización para ausentarse de la ciudad, y otras exigencias que además de restringir su libertad las exponen permanentemente a un develamiento obligado de su aborto frente a su familia, sus amistades o sus conocidos, sus empleadores y la comunidad en general. Las mujeres conviven con la tensión del estigma internalizado y la amenaza de una sanción social aún mayor si su situación toma estado público.

Galli *et al.* (6) invitan también a reflexionar sobre el rol de los medios de comunicación en el reforzamiento y magnificación del estigma. El discurso de los medios en el caso estudiado, exagera la estigmatización de las mujeres que optan por interrumpir sus embarazos como inmorales y criminales, a la vez que justifica la intervención de la policía y la justicia en nombre de la defensa de la moralidad pública, exponiendo violentamente la vida privada de las mujeres.

Por último, algunos de los testimonios remiten a historias de violencia de género de mujeres que, a pesar de haber denunciado tal situación ante las autoridades, no obtuvieron respuesta y tras repetidos episodios de violencia sexual, resultaron embarazadas. Estas mujeres, a pesar de cuadrar en los casos de aborto permitido, expresaron temor a ser descubiertas por sus abusadores y eligieron por lo tanto el camino de la clínica privada. Las historias reflejan una acumulación de múltiples violaciones a los derechos de las mujeres por parte de varones violentos y por parte del Estado con su exponente máximo en la invasión de su vida privada por el delito de aborto, su procesamiento y proceso de culpa.

IV. Discusión

Los resultados de los estudios analizados presentan ejes comunes. Surge de manera clara el condicionamiento de los mandatos de género sobre la maternidad como destino de la mujer, y el aborto como un elemento disruptivo de esa expectativa y, por lo tanto, sujeto a condena social. Tanto mujeres como varones reciben y replican la inmensa presión social respecto de la reproducción y la conformación de una familia.

Si bien el aborto inducido es una conducta estigmatizada en muchas partes del mundo independientemente del estatus legal de esa práctica, el contexto latinoamericano donde predominan las legislaciones restrictivas y la religión católica, constituye un terreno propicio que promueve y magnifica el estigma en todas sus dimensiones.

Se observa una correlación entre la percepción social del estigma y el estatus legal del aborto. En los contextos de leyes más permisivas, las representaciones colectivas tienden a ser más favorables, respecto de aprobar la interrupción del embarazo en determinadas circunstancias. La evidencia que surge del análisis del proceso que se ha dado en la Ciudad de México abona en este sentido.

El estigma obliga al silencio en torno al aborto y las experiencias de las mujeres están marcadas por la soledad, el aislamiento y la exclusión, con extremos de violencia institucional como el caso de las mujeres procesadas en Brasil.

Asimismo, el estigma afecta marcadamente la disponibilidad y oferta de servicios de aborto legal. Los profesionales de la salud se escudan en la objeción de conciencia para evitar involucrarse en una

práctica estigmatizante, más que por motivos de conciencia. Quienes asumen el deber profesional y el compromiso de realizar la práctica, suelen ser una minoría contrahegemónica dentro de la comunidad de ginecobstetras, que en América Latina se caracteriza por ser altamente conservadora y contraria al aborto. El aborto con medicamentos se presenta como una herramienta clave para favorecer el acceso, superar las barreras institucionales y dar lugar a las mujeres como protagonistas de sus propios procesos de aborto en una relación de mayor horizontalidad con el sistema de salud.

V. Conclusiones

El estigma asociado al aborto es un campo de estudio nuevo y poco desarrollado a nivel global, y más aún en la región de América Latina. La búsqueda bibliográfica arrojó un número reducido de publicaciones locales. Se trata, en general de estudios exploratorios pequeños que provienen fundamentalmente de México y Brasil.⁷

A pesar de la experiencia regional limitada, los estudios disponibles son sumamente valiosos, al proponer un marco teórico específico para focalizar la mirada sobre un elemento que siempre ha estado presente, pero que recién ahora se perfila como un campo de estudio en sí mismo. Los primeros pasos que aportan estas investigaciones son clave para marcar el rumbo y señalar los nudos críticos que exigen mayor profundización en la producción empírica, teniendo en cuenta las particularidades del contexto latinoamericano.

No debemos olvidar que la investigación sobre aborto en América Latina, salvo contadas excepciones, implica abordar una conducta legalmente restringida, lo que representa un desafío y una complejidad importante para los equipos de investigación.

El abordaje del estigma como objeto de estudio particular, resulta hoy un objetivo ineludible en la producción de conocimiento sobre aborto, por su amplio alcance y su omnipresencia, sus implicaciones directas en el acceso y la oferta de servicios, las experiencias subjetivas de las mujeres antes, durante y después de un aborto, el riesgo para la salud, la mirada social y la atmósfera general que podrá favorecer, o no, la formulación de políticas públicas y reformas legales.

En el contexto de un campo de estudio incipiente, más que señalar vacíos corresponde marcar todo lo que está por delante. En este sentido, podemos esbozar un conjunto de puntos clave para indagar, que incluyen:

.....

⁷ La exclusión de la literatura gris obligó a dejar fuera algunos informes de estudios aún no publicados. En 2014, la IPPF junto con IBIS Reproductive Health coordinaron un estudio multicéntrico regional en Argentina, Colombia, República Dominicana y Uruguay en conjunto con las asociaciones miembros de la IPPF de cada uno de esos países. Se espera que los resultados se publiquen en el curso de 2015.

- La articulación entre estigma y legislaciones restrictivas;
- el rol del estigma en la escasa aplicación de las causales de aborto legal;
- el nexo vinculante entre estigma y aborto inseguro;
- las experiencias de las mujeres que desisten de interrumpir un embarazo por efecto del estigma;
- el análisis de intervenciones destinadas a la reducción del estigma (proyectos, iniciativas, políticas públicas);
- la resistencia al estigma en los actores contrahegemónicos (proveedores de la salud que lideran la implementación de los abortos legales en los contextos que disponen de causales, o en las jurisdicciones con reciente legalización);
- el impacto del estigma en la prestación de servicios de aborto legal y la calidad de la atención;
- el aborto con medicamentos y la reducción del estigma;
- el manejo del estigma en mujeres que interrumpieron un embarazo y sus estrategias personales para mitigarlo;
- el peso del estigma en la experiencia subjetiva de mujeres que interrumpen un embarazo como elemento que refuta la hipótesis del supuesto síndrome postaborto;
- el rol de los medios de comunicación como agentes de reproducción e intensificación del estigma.

El estudio del estigma asociado al aborto debería eventualmente contribuir a identificarlo y visibilizarlo así como a implementar acciones para reducirlo y eliminarlo, rompiendo los círculos de silencio y ocultamiento para transformar la mirada del aborto hacia lo que realmente es: un evento común, frecuente y natural en la vida de las mujeres.

VI. Referencias

1. Cockrill K, Hessini L. Introduction: bringing abortion stigma into focus. *Women & Health*. 2014;54(7):593-598.
2. Cockrill K. Commentary: imagine a world without abortion stigma. *Women & Health*. 2014;54(7):662-665.
3. Cockrill K, Nack A. "I'm not that type of person": Managing the Stigma of Having an Abortion. *Deviant Behav*. 2013;34(12):973-990.
4. De Zordo S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 [citado 2015 abril 15];17(7):1745-1754. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n7/13.pdf>.
5. Faúndes A, Duarte GA, Osis MJ. FIGO Working Group for the Prevention of Unsafe Abortion, London, UK, Center for Research on Human Reproduction of Campinas, Campinas, Brazil. Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. *Int J Gynecol Obstet*. 2013;123(Supl 3):S57-S59.
6. Galli B, Sydow E, Adesse L. Autonomia reprodutiva em questão: relatos de mulheres sobre aborto e estigma em Mato Grosso do Sul [Internet]. Rio de Janeiro: Ipas Brasil; 2010 [consulta 2015 abril 2015]. Disponible en: http://www.aads.org.br/wp/wp-content/uploads/2011/06/MS_Casos2010.pdf.
7. Goffman, E. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
8. Harris L. The "legitimacy paradox" in US abortion provision. *Contraception*. 2011;84: 302-336.
9. Harris L, Grossman D. Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *Int J Gynecol Obstet*. 2011 octubre;15(1):77-79.
10. Harris HL, Debbink M, Martin L, Hassinger J. Dynamics of stigma in abortion work: Findings from a pilot study of the Providers Share Workshop. *Soc Sci Med*. 2011 octubre;73(7):1062-1070.
11. Hessini L. A learning agenda for abortion stigma: recommendations from the Bellagio expert group meeting. *Women & Health*. 2014;54(7):617-621.
12. Kleinman A, Hall-Clifford R. Stigma: a social, cultural and moral process. *J Epidemiol Community Health*. 2009 junio;63(6): 418-419.
13. Kumar A. Everything is not abortion stigma. *Women's Health Issues*. 2013;23(6):e329-e331.

14. Kumar A, Hessini L, Mitchell EM. Conceptualising abortion stigma. *Cult Health Sex.* 2009;11(6):625-39.
15. Lamas M. Entre el estigma y la ley: La interrupción legal del embarazo en el DF. *Salud pública Méx* [Internet] [consulta 2015 abril 10]. 2014;56(1):56-62. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000100008&lng=es.
16. Link B, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology.* 2001;27:363-385.
17. McMurtrie SM, García SG, Wilson KS, Díaz-Olavarrieta C, Fawcett GM. Public opinion about abortion-related stigma among Mexican Catholics and implications for unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet.* 2012;118(Supl 2):S160-S166.
18. Norris A, Bessett D, Steinberg JR, Kavanaugh ML, De Zordo S, Becker D. Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences. *Women's Health Issues.* 2011;21(Supl 3):S49-S54.
19. Quinn DM, Chaudoir SR. Living with a concealable stigmatized identity: the impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *J Pers Soc Psychol.* 2009;97(4):634-651.
20. Rossier C. Abortion: An Open Secret? Abortion and Social Network Involvement in Burkina Faso. *Reproductive Health Matters* 2007;15(30):230-8.
21. Shellenberg K, Moore AM, Bankole A, Juarez F, Omideyi AK, Palomino N, Sathar Z, Singh S, Amy O, Tsui A: Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study. *Glob Public Health.* 2011;6(Supl 1):S111-S125.
22. Sorhaindo AM, Juárez-Ramírez C, Díaz Olavarrieta C, Aldaz E, Mejía Piñeros MC, Garcia. Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico. *Women & Health.* 2014;54(7):622-640.

9. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y ABORTO

La libertad consciente

Agustina Ramón Michel y Sonia Ariza Navarrete*

Resumen

El objetivo de este capítulo es identificar y evaluar estudios que analizaron la objeción de conciencia frente al aborto en América Latina, publicados en revistas indexadas entre enero de 2009 y marzo de 2015. Los artículos se identificaron mediante una búsqueda en 16 bases de datos electrónicas: Bireme, Cochrane, Dialnet, IBECs, JSTOR, LILACS, MEDES, Medline, NICE, PLoS(one), Popline (John Hopkins School of Health), FLACSOAndes, PubMed Central, SciELO, ScienceDirect (ex Scopus) y The Gale Group. Dos revisoras evaluaron los estudios. Las variables recabadas fueron, entre otras: enfoque principal, tipo de estudio, año, lugar que referencia el artículo, idioma, posición sobre la objeción de conciencia, idea principal, concepto de objeción de conciencia empleado. Se identificaron 28 estudios: siete de Colombia, seis de Uruguay, cuatro de Chile, dos de Brasil, dos de México, uno de Argentina y uno de Perú. Las demás publicaciones solo mencionan como ejemplos algunos países de América Latina: tres de Chile, tres de Colombia y uno de Brasil. Dos publicaciones realizan un estudio comparado de países de la región. Predominan los estudios descriptivos. La mitad de los artículos incluidos trata aspectos regulatorios, también hay artículos enfocados en la conceptualización de la objeción de conciencia y aquellos que presentan un estudio cualitativo sobre la objeción de conciencia en los servicios de salud. Se identificaron tres posturas: *a favor* de la objeción de conciencia, que significa que sus autoras/es avalan el reconocimiento y uso de la objeción de conciencia frente al aborto, *limitar*, para aquellos artículos que sugieren la necesidad de definir los límites tanto del estatus de la objeción de conciencia así como de su ejercicio, y finalmente *neutro*, para aquellos artículos que se detienen en la descripción de situaciones relacionadas con la objeción de conciencia sanitaria, estudios de opinión y experiencias sobre la objeción de conciencia frente al aborto, sin insinuar una posición en un sentido u otro. Los estudios incluidos revelan la necesidad de trabajos empíricos que den cuenta de la magnitud y características del fenómeno de la objeción de conciencia en los servicios de salud, y profundizar y expandir los argumentos a favor de limitar la objeción de conciencia.

Palabras clave

Objeción, conciencia, aborto, objeción de conciencia y América Latina

* Las autoras agradecemos a Guillermo Agdamus del Centro de Documentación del CEDES y al personal de la biblioteca de la Universidad de Palermo por facilitarnos los artículos de este estudio.

I. Introducción

El objetivo de este capítulo es presentar un estado del arte sobre la objeción de conciencia frente al aborto, a partir de una revisión sistemática de artículos publicados en revistas indexadas en la región de América Latina y el Caribe en el período enero 2009 a marzo 2015.

La objeción de conciencia sanitaria, especialmente frente a la práctica del aborto, se ha constituido en una de las barreras más manifiestas para el acceso a las interrupciones legales del embarazo en los países de América Latina en donde se fueron logrando ciertos avances legales, de políticas y prácticos en los últimos años.

A pesar de que durante la última década en la región, ha habido una marcada expansión del tema de la objeción de conciencia en el contexto de los derechos reproductivos y sexuales, en particular en lo que se refiere a la prestación de servicios de aborto legal, las discusiones acerca de sus significados y formas de regulación, así como la evidencia acerca de la magnitud del fenómeno y las características de su ejercicio han sido poco exploradas.

Sabemos que la objeción de conciencia en el contexto del aborto legal genera varios obstáculos y plantea importantes cuestiones políticas, morales y legales, tales como: ¿De qué manera provoca barreras o las intensifica? ¿Qué impacto tiene la objeción de conciencia en las percepciones de los profesionales de la salud? ¿Es la objeción de conciencia necesariamente un derecho si el sistema jurídico reconoce la libertad de conciencia, o podría asignársele otro estatus jurídico? ¿El reconocimiento de la objeción de conciencia como un derecho significa que no puede ser limitado su ejercicio? ¿Cómo podrían ser esas limitaciones? ¿Hasta qué punto los reclamos de objeción de conciencia se deben a creencias morales o religiosas genuinas y no a usos ilegítimos, basados en motivaciones políticas o estigmas persistentes en relación al aborto? ¿Qué tensiones están involucradas en la organización de los servicios de salud cuando se reconoce la objeción de conciencia? ¿Refuerza la estigmatización de los servicios relacionados con el aborto? ¿Es posible ponderar y armonizar las tensiones que genera la protección de los reclamos de objeción de conciencia de profesionales de la salud y el deber de garantía del acceso a los abortos legales de las mujeres? ¿Cómo están resolviendo estos conflictos los países de América Latina?

Nuestra participación en esta publicación y la investigación para este capítulo, se deben a la certeza de que es necesario tener un mejor panorama del estado actual del arte en este incipiente, pero cada vez más presente asunto y a la apuesta por construir una agenda de investigación que brinde información de calidad, reflexiones estimulantes y propuestas de acciones transformadoras en el campo de la salud pública y derechos reproductivos y sexuales.

II. Metodología

La revisión de la literatura sobre objeción de conciencia frente al aborto en América Latina se desarrolló sobre publicaciones electrónicas o disponibles en formato digital en revistas indexadas entre enero de 2009 y marzo de 2015.

Para la identificación de los documentos se revisaron 16 bases de datos de acceso abierto o de consulta abierta. Por acceso abierto entendemos las bases que permiten el acceso al texto completo de los artículos, mientras que de consulta abierta aquellas que permiten el acceso únicamente a descriptores, resúmenes o citas de los artículos. Las bases fueron seleccionadas de acuerdo con el tema, las delimitaciones (por ejemplo, publicaciones sobre América Latina) y nuestra experiencia en la investigación sobre el tema, así como por listados de bases de datos disponibles en las bibliotecas consultadas¹. Con estos criterios se efectuó una búsqueda sistemática de la literatura en 16 bases de datos electrónicas: Bireme, Cochrane, Dialnet, IBECS, JSTOR, LILACS, MEDES, Medline, NICE, PLoS(one), Popline (John Hopkins School of Health), FLACSOAndes, PubMed Central, SciElo, ScienceDirect (ex Scopus) y The Gale Group.

Para la búsqueda en las bases seleccionadas se emplearon cinco palabras clave: objeción, conciencia, aborto, objeción de conciencia y América Latina. Se utilizaron estas palabras ya que los descriptores en ciencias DeCs no contienen categorías aplicables a esta búsqueda: el término *objeción de conciencia* no aparece y el término *conciencia* se encuentra únicamente asignado como subcategoría de *principios morales* dentro de las áreas disciplinares de la psicología, la psiquiatría y las humanidades. Las combinaciones de palabras claves que resultaron más efectivas para identificar los artículos fueron: “objeción de conciencia + aborto” y “objeción de conciencia + aborto + América Latina”.

Según los criterios de inclusión de la primera etapa, los trabajos tenían que (i) estar publicados entre enero de 2009 y marzo de 2015; (ii) referirse a América Latina o a algún país o jurisdicción de esta región; (iii) tener referencias o estar dedicados a la objeción de conciencia, frente a prestaciones de salud sexual y reproductiva, en particular sobre aborto.

El idioma no se tuvo en cuenta como criterio de exclusión². Las referencias se filtraron según lo inferido por el título y el resumen de los estudios, clasificándolos en tres grupos: “definitivamente incluido”,

.....
¹ Se consultaron las bases disponibles en el Centro de Documentación del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y en la biblioteca de la Universidad de Pelarmo dentro del Convenio del Ministerio de Educación de la Nación y el Consejo de Rectores de Universidades Privadas, para el acceso a documentación disponible en bases de datos seleccionadas desde universidades públicas y privadas del país.

² Sin embargo, las publicaciones resultantes de las búsquedas en las bases de datos solo arrojaron resultados en castellano, inglés y portugués.

“definitivamente excluido” y “pendiente de mayor información”. De esta primera etapa de recolección se obtuvieron 84 artículos. En una segunda etapa se examinó el contenido de los textos de los grupos “definitivamente incluidos” o que requirieron “más información”. Esta selección fue realizada por cada una de las revisoras y cuando hubo desacuerdo se discutieron las razones de exclusión o inclusión y se resolvió por consenso. De esta revisión se excluyeron 24 artículos por diversos motivos, entre ellos, la falta de enfoque en un país de la región o en la región, así como la marginalidad que tenía la objeción de conciencia en los asuntos principales de los artículos (se lo citaba como mero ejemplo). Además, se excluyeron otros 13 artículos por repetirse en la primera selección. De los 47 artículos de esta segunda etapa, 32 estaban disponibles a texto completo en el Internet de forma gratuita, otros 15 se obtuvieron a través de convenios de las bibliotecas universitarias (Facultad de Derecho de la Universidad de Palermo) e institucionales (biblioteca abierta del Centro de Estudios de Estado y Sociedad) consultadas.

En una tercera etapa se excluyeron 19 artículos más: diez porque la referencia a América Latina o algún país de esa región era extremadamente remota, nueve más se excluyeron porque las revistas en que se publicaron no tenían referato, o bien porque la fecha no estaba dentro del corte temporal previsto y pasaron por error en el primer filtro, o por algún motivo adicional que no respondía a los criterios de inclusión.

De esta manera, se arribó a 28 artículos. Para la extracción de datos, se empleó un formato diseñado especialmente para este estudio. Los artículos se procesaron de acuerdo con las siguientes variables: enfoque principal, tipo de estudio, año, lugar que referencia el artículo, idioma, posición sobre la objeción de conciencia, idea principal y concepto de objeción de conciencia.

De este modo, el formato diseñado permitió, entre otras caracterizaciones, identificar: la idea principal del artículo (reducción cualitativa), la posición desde la cual se escribieron (se usaron tres categorías: a favor de la objeción de conciencia, neutrales y propuestas de limitar la objeción de conciencia), tipo de estudios (básicamente: conceptual o empírico) y el enfoque predominante (cuatro categorías: bioético, de salud pública, jurídico –regulatorio o conceptual– y de opinión).

Del análisis de los hallazgos se extrajo información que permitió la caracterización de la muestra, identificación de tendencias en las categorías utilizadas, lagunas en el conocimiento, entre otras cuestiones.

III. Resultados

III.1. Características de los estudios

La búsqueda y revisión definitiva fue de 28 artículos. La muestra de artículos seleccionados por año sugiere una tendencia a la progresión en la cantidad de publicaciones sobre la objeción de conciencia frente al aborto en América Latina, aunque la muestra tiene un corte temporal acotado para confirmar esta hipótesis. En 2009 hay una sola publicación seleccionada, mientras que en 2010 y 2011 se incluyeron cuatro y seis respectivamente. En 2012 aparecen cuatro publicaciones pero en 2013 vuelve a aumentar a 10 trabajos. En 2014, se obtuvieron tres materiales.

Respecto al lugar, se observó que una cantidad muy limitada de artículos son acerca de países (en orden cuantitativo): siete Colombia, seis Uruguay, cuatro Chile, dos Brasil, dos México, uno Argentina y uno Perú. Las demás publicaciones solo mencionan como ejemplos o tienen meras referencias a algunos de los países latinoamericanos: tres Chile, tres Colombia y uno Brasil. Asimismo, únicamente dos de ellas realizan un estudio comparado de países de la región: el primero sobre Colombia y Uruguay y el otro sobre Perú, Chile y México. Uno más realiza una comparación, pero con naciones europeas: Colombia, España, Alemania e Italia. Estos datos evidencian una prevalencia de publicaciones sobre experiencias nacionales, o al menos con ejemplos sobre lo local y lo nacional (21 artículos) y un escaso análisis comparado (dos artículos). Se destaca Colombia con la mayor cantidad de escritos *a favor* de la objeción de conciencia (cinco artículos) (y tres que defienden una limitación de la objeción de conciencia). Un dato importante es que de los 28 trabajos, 20 se detienen con menor o mayor detalle en los países que seleccionaron, pero son cuatro los estudios de caso. Y ocho de 28 simplemente mencionan como ejemplos breves a los países. En un sentido similar, casi la totalidad de los artículos se refiere a los países a nivel nacional o en términos generales. Solo tres de los textos revisados localizan de modo más acotado la problemática. Estos son el de Montero Vega (1), que refiere a Santiago de Chile, el de Díaz-Olavarrieta *et al.* (2) sobre la Ciudad de México y el de De Zordo (3) sobre Bahía, Brasil. Este hallazgo es relevante para pensar en posibles estudios subnacionales dada la diversidad de situaciones y desafíos en la atención del aborto, vis a vis la objeción de conciencia al interior de los distintos países.

22 de los 28 artículos incluidos en esta revisión fueron escritos originalmente en castellano, siete en inglés y solo uno en portugués. Esto facilitó el análisis del contenido de los artículos y mostró que la mayoría de las/os autoras/es tienen origen latinoamericano, como lo corroboran los antecedentes de las notas de presentación de los artículos.

Sobre la autoría de los escritos, 17 mujeres y 21 varones escribieron los materiales revisados. En la muestra, 19 de los trabajos tienen autoría individual y el resto son coautorías, en todos los casos de profesionales de un mismo país.

En relación con tipo de estudio, predominan los descriptivos, le siguen los exploratorios y los conceptuales. No hay estudios explicativos. De los 14 trabajos descriptivos, la mitad se ocupa de los aspectos regulatorios de la objeción de conciencia. En segundo lugar, se identificaron seis artículos enfocados en la conceptualización de la objeción de conciencia y seis que llevan a cabo un estudio cualitativo sobre el empleo de la objeción de conciencia en los servicios de salud. Se hallaron dos revisiones de la literatura, ambas de 2011, junto a una nota editorial sobre el tema.

En relación con el enfoque principal de los artículos, la mayoría se centra en los aspectos jurídicos de la objeción de conciencia (11 artículos), específicamente en los aspectos regulatorios (siete textos), aunque también se identificaron artículos que le dedicaron algo de espacio a la definición jurídica de la objeción de conciencia (un escrito) y el análisis de la jurisprudencia (un artículo). En segundo lugar, hay artículos que abordan los aspectos bioéticos de la objeción de conciencia frente al aborto (siete materiales). En tercer lugar están los trabajos preocupados por los aspectos de política sanitaria relacionados con la implementación y el uso de la objeción de conciencia en los servicios de salud (cinco textos). Finalmente están los artículos de análisis sociológico del fenómeno (dos) y los puramente conceptuales o filosóficos (tres escritos).

Casi la totalidad de los artículos seleccionados fue publicada en revistas indexadas del continente con la sola excepción del Reino Unido. La mayoría de las revistas son de América del Sur (27 artículos), del Reino Unido (dos artículos) y de norteamérica (Estados Unidos y Canadá) (dos artículos). Las revistas con mayor cantidad de publicaciones en la muestra son *Acta Bioethica*, publicación del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile y la *Revista Médica* de Uruguay. En segundo lugar aparece *Archivos de medicina interna* de la Sociedad de Medicina Interna de Uruguay. En tercer lugar, *Reproductive Health Matters*, creada por una organización independiente del Reino Unido, *Cuadernos Médico Sociales*, del Colegio Médico de Chile y la *Revista de Ciencias de la Salud de la Universidad de Rosario* en Argentina. Finalmente las revistas en la que solo se encontró un artículo son: revista virtual *Via Inveniendi Et Iudicandi* de la Universidad Santo Tomás de Colombia, *Prolegómenos - Derechos y Valores* de la Universidad Nueva Granada de Colombia, *Estudios Socio-Jurídicos* de la Universidad del Rosario de Colombia, la *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* de la Federación colombiana de ginecología y obstetricia, *Saúde Pública* de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, la revista *Panamericana de Salud Pública* de la Organización Panamericana de la Salud, *Persona y Bioética* de la Universidad de la Sabana de Colombia, *Cadernos Saúde Pública* de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca de Brasil y la revista *Ciencia e Saude Coletiva* de la Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Como se anticipó en la metodología, para el análisis en esta revisión se clasificaron los artículos según la postura de las/os autoras/es frente a la objeción de conciencia. Se identificaron tres posturas: *a favor*

de la objeción de conciencia (nueve artículos), que significa que sus autoras/es avalan el reconocimiento y uso de la objeción de conciencia frente al aborto; *limitar* (14 artículos), para aquellos textos que proponen fijar límites al reconocimiento o ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud y finalmente *neutro* (cuatro artículos), para aquellos escritos que se detienen en la descripción de situaciones relacionadas con la objeción de conciencia sanitaria, estudios de opinión y experiencias sobre la objeción de conciencia frente al aborto sin insinuar una posición en un sentido o en otro.

III.2. Hallazgos principales

De los estudios que emprenden algún tipo de investigación empírica, la mayoría son descriptivos cualitativos y no hay ninguno cuantitativo.

Pese a la falta de evidencia empírica, algunos artículos brindan datos relevantes. Cinco califican la objeción de conciencia como barrera para el acceso del aborto legal por parte de las mujeres (4,5). Así, por ejemplo, Gómez-Sánchez (5) refiere al abuso de la objeción de conciencia por parte de las instituciones de salud, profesionales y jueces, y destaca junto con Amado *et al.* (4), los problemas que aparejan el uso de la objeción de conciencia institucional. En el mismo sentido, el artículo de Lidia Casas (6) presenta un análisis comparativo de las políticas públicas de México, Perú y Chile en torno a la objeción de conciencia, donde señala de manera crítica los modos en que la falta de limitaciones razonables para su ejercicio, atenta contra el acceso a las prestaciones de salud reproductiva, lo que afecta especialmente a las mujeres.

De toda la sistematización, tres artículos, el de Montero Vega (1), el de Díaz-Olavarrieta *et al.* (2) y el de De Zordo (3), están avocados al relevamiento del conocimiento, actitudes y prácticas (KAP, por sus siglas en inglés), sobre aborto en general, ofrecen datos interesantes acerca de las opiniones e información de las/os profesionales de la salud.

De la investigación de Díaz-Olavarrieta *et al.* (2) surge que la objeción de conciencia prevalece entre el personal de salud de ingreso reciente lo cual, según las/os autoras/es, podría atribuirse a su desconocimiento sobre las normas y lineamientos técnicos para la atención del aborto legal. Asimismo, este artículo relata que “la mayoría de los participantes mencionó que la objeción de conciencia está determinada por cuestiones culturales y religiosas, así como por desinformación sobre salud reproductiva. Expresaron que algunos médicos sostienen un doble discurso, porque rehúsan la practica del aborto en el ámbito publico pero la efectúan en la esfera privada por ser lucrativa” (2). Si bien, no pueden realizarse afirmaciones ni conclusiones contundentes debido a la falta de otras investigaciones similares, este dato recién señalado sugiere que muchas/os profesionales de la salud ponen en duda

la validez y legitimidad de la objeción de conciencia y que algunas objeciones se explicarían por deficiencias de conocimiento y capacitación, por ejemplo. Este punto es interesante para futuras exploraciones en investigación aplicada. De la recolección surgió un único estudio KAP dedicado a la objeción de conciencia: Montero Vega (1), que releva opiniones sobre la objeción de conciencia.

La investigación de Montero Vega (1) está especialmente consagrada al relevamiento de los significados y aspectos bioéticos relacionados con la objeción de conciencia profesional en la atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes de la región Metropolitana en Santiago de Chile. De modo similar, el trabajo de De Zordo (3) trata las representaciones y experiencias de ginecobstetras en la atención de abortos legales e ilegales en dos maternidades de Salvador da Bahia en Brasil.

El estudio de Montero Vega (1) recolecta las representaciones que tienen las/os profesionales de la salud sobre la objeción de conciencia, las analiza semánticamente y destaca las distintas definiciones que esta población tiene sobre dicha figura. El estudio presenta los múltiples significados que se asignan a la objeción de conciencia relacionados con la negación, impedimento, limitación o interferencia sobre una determinada acción, atención o procedimiento en salud, por contraponerse a las creencias o valores del profesional. Sin embargo, varias/os profesionales perciben la objeción de conciencia como una forma directa de incumplimiento de una normativa o medida legal. Es llamativo que respecto a los agentes legitimados para utilizar la figura de la objeción de conciencia, la percepción cambia de acuerdo con la prestación objetada. Para la mayoría de las/os encuestadas/os, solamente los profesionales directamente involucrados en la prestación podrían objetar cuando se trata de prestaciones de salud sexual y reproductiva para adolescentes. No obstante, cuando se trata de la provisión de abortos legales, un número importante opina que podría plantearse por la totalidad de las personas que tomen conocimiento del pedido:

...“si pueden objetar en conciencia, porque todo lo que hagas para facilitar el procedimiento por el cual tú no estás de acuerdo, ya sea la matrona que ingresa, la pabellonera que la lleva, la anestésista que le pone la anestesia... el chofer, sí, todos” (E11:200) (1).

Sin embargo, hay una percepción negativa respecto de la objeción de conciencia institucional, de la misma forma que cuando se la estima como una maniobra encubierta para eludir la responsabilidad profesional: “creo que mucha gente que trabaja con adolescentes lo utiliza sin sentirla realmente, sino que como una excusa como pa’ sacarse el problema de encima” (1). Es destacable que del grupo de profesionales que explícitamente se definieron como objetoras/es, la mayoría expresaba argumentos religiosos como fundamento de su objeción. Finalmente, es relevante notar que, de acuerdo a la investigación de Montero Vega (1), la mayoría de las/os encuestadas/os no logró identificar las

implicancias de la objeción de conciencia en términos bioéticos. No obstante, en las respuestas de las/os encuestadas/os se manifestó la necesidad de fijar límites al ejercicio, entre ellos: respeto por los derechos del paciente, situaciones de riesgo vital, imposibilidad de derivación; entrega de información, etcétera.

A diferencia de los otros dos artículos (1,2), el De Zordo (3) es un trabajo empírico cualitativo que tiene como propósito identificar los factores que influyen las representaciones y experiencias de ginecólogas/os y obstetras sobre la atención de aborto y que, según la autora, explican el alto número de profesionales que recurren a la objeción de conciencia en los dos hospitales seleccionados. Los factores identificados de los resultados de las encuestas son:

- la criminalización del aborto y los temores a ser denunciados;
- el estigma del aborto generado por grupos religiosos y por los propios profesionales;
- el tipo de educación y entrenamiento que reciben los obstetras y la falta de buena educación y capacitación en la epidemiología de la mortalidad y morbilidad materna asociados al aborto; y
- las representaciones de género.

Por otro lado, los factores relacionados con opiniones más favorables al acceso al aborto son: la edad (debajo de los 30 años y por arriba de los 45 años) y la experiencia previa con la atención de abortos legales y una alta tasa de mortalidad materna debido a complicaciones por aborto.

Los estudios definen la objeción de conciencia de diversas maneras pero en general le adjudican el carácter de derecho. Valderrama Sandoval y López Barreda (7), por ejemplo, la definen como “el derecho subjetivo que tiene por objeto lograr la dispensa de un deber jurídico, o la exención de responsabilidad cuando el incumplimiento de ese deber se ha consumado” no obstante que la aproximación de su artículo es de carácter bioético. De igual forma, Kottow (8) afirma que “la objeción de conciencia frente a disposiciones normativas y leyes elaboradas en un sistema razonablemente democrático y aceptadas por la mayoría ciudadana, es un derecho legítimo, con frecuencia legalmente reforzado”. Otros la definen como un “mecanismo” (9), una “negativa formal” (10,11), un “conflicto” (12) o una “forma de incumplimiento” (13).

Varios artículos presentan serios problemas de argumentación, en particular los que emplean argumentos religiosos. Siete de 28 artículos recurren a argumentos religiosos para defender la objeción de conciencia, de los cuales seis lo hacen como fundamento exclusivo sin agregar razonamientos de otra índole. Enfatizan deberes religiosos como soporte de la objeción de conciencia, jerarquizando el “derecho divino” o “derecho natural” por encima del derecho positivo. También realizan una valoración disminuida de los derechos de las mujeres frente al valor de la vida en gestación afirmando,

por ejemplo: “ahora es fácil hacer una intervención quirúrgica de corazón o recurrir al empleo del riñón artificial durante la gestación, sin que esta [la mujer gestante] tenga que salir perjudicada” (20) y marginando la garantía y respeto de la voluntad de la mujer. Además, algunos artículos contienen argumentos imprecisos. Tal es el caso de la siguiente afirmación: “De acuerdo con los presupuestos del juramento hipocrático, nadie puede disponer de la vida en el desarrollo de los actos biomédicos, por lo que el médico se puede excusar de practicar un aborto, invocando una objeción de conciencia. Con su actitud de rechazo, el profesional de la sanidad, público o privado, no infringe ningún deber constitucional o legal, de malograr la gestación, porque no se le impone tal gravamen en ninguna norma” (14).

Asimismo, llama la atención que aquellos trabajos basados en consideraciones bioéticas estén en términos generales, poco desarrollados. Más aun, hay escasas referencias a los deberes profesionales y los trabajos que analizaron significados y aspectos bioéticos relacionados con la objeción de conciencia profesional en la atención del aborto, optaron por una posición fuerte a favor de la objeción de conciencia, incluso abiertamente conservadora respecto de la atención del aborto. Velázquez Córdoba y Córdoba Palacio (15) reflejan esta postura:

... el afán de reducir o suprimir el derecho a la objeción de conciencia es la culminación de una política de desconocimiento a la dignidad intrínseca de la persona humana —todo ser humano es persona— que trata de imponer la obediencia a normas del Estado, normas dictadas por cualquier organismo oficial para asegurar la obediencia a una “ley” antes que a la conciencia, y obligar así a constituirse en criminal o cómplice en asuntos como el aborto, la eutanasia, etc.

Cabe destacar que prevalece una posición contraria a la objeción de conciencia institucional. Se argumenta que la imposibilidad de su reconocimiento obedece, por un lado, al carácter de la conciencia —que únicamente la pueden tener los seres humanos—, y por otro lado, al deber institucional de garantía de las prestaciones sanitarias que impide que las instituciones mismas se eximan del cumplimiento de sus deberes legales. Sin embargo, dos de los artículos se enfocan específicamente en la defensa de la objeción de conciencia institucional. Tal es el caso del trabajo de Zarate Cuello (16), que basa su artículo en la ilegitimidad de la restricción jurisprudencial a la objeción de conciencia institucional. Sostiene que los criterios de la Corte Constitucional colombiana “tienen implicaciones bioéticas y biojurídicas frente a la interpretación pluralista de orden filosófico, religioso y jurídico del artículo 18 de la Carta Política, el cual garantiza la libertad de conciencia en nuestro Estado Social de Derecho y, es el legislador quien debe reasumir su competencia a través del bioderecho” (16). Por su parte, Laferriere (17) considera que, si bien es cierto que las instituciones no tienen conciencia, su ideario e ideología debe ser respetado y

por tanto, esos casos “no son casos de objeción de conciencia, sino limitaciones al ámbito de aplicación de la ley, del que se excluye al menos parcialmente a los llamados establecimientos o instituciones ‘de tendencia’, es decir, aquellos que tienen una orientación religiosa o ideológica específica y definida que los identifica” (17).

Otro hallazgo relevante en esta línea es que si bien la mayoría (14 de 28 trabajos) de los artículos están a favor de establecer límites y condiciones al ejercicio de la objeción de conciencia, no hay ningún artículo que adopte una posición en su contra. Esto se vincula con los problemas abordados y las preguntas elegidas por los autores de los artículos revisados³.

Entre los límites al ejercicio de la objeción de conciencia apuntados por los artículos se destacan: la garantía de acceso a las prestaciones objetadas (*i.e.*, Diniz (9)), para ello aparecen propuestas como el establecimiento del “[...] deber de derivar a la paciente a otro médico no objetor con el propósito de asegurar la continuidad asistencial”(18), de igual forma refieren al deber “[...] de las instituciones tienen la obligación de contar con personal que no objete la prestación del servicio de interrupción voluntaria del embarazo”(18). Las condiciones para el ejercicio de la objeción de conciencia incluidas en los trabajos, provienen de normativas legales vigentes o son propuestas por los propios autores. En este último caso, llama la atención la falta de esfuerzos argumentativos con sustento empírico, ético o jurídico, para justificar los estándares sugeridos. Un obstáculo para realizar esta tarea argumentativa – necesaria para el estado actual de la discusión de la objeción de conciencia en la región– es como ya se mencionó, la falta de conceptualización y evidencia empírica acerca de las barreras que generan los usos de la objeción de conciencia entre los profesionales de la salud, así como de estudios comparados sobre experiencias locales en la región, con la excepción del artículo de Casas (6) y el de Cabal *et al.* (11).

En relación con lo anterior, solo unos pocos artículos brindan información sobre normativas nacionales y jurisprudencia relacionados a la objeción de conciencia en los países. Sobre Uruguay: Mautone y Rodríguez Almada (10), Adriasola (18) y Coppola (19); sobre Colombia: Mora Restrepo (20), Gómez-Sánchez *et al.* (5) y de la Rosa Guzmán (21). Sin embargo, ningún artículo de los 28 revisados, analiza de modo exhaustivo el marco regulatorio vinculado a la objeción de conciencia ya sea local, nacional, comparado o internacional.

Por otro lado, de los escritos que tienen un enfoque jurídico o con preguntas asociadas al derecho, solamente dos de ellos (6,11) recurren a argumentos de derechos humanos. En estos artículos se destaca la obligación de garantizar los derechos humanos de las mujeres, y que este deber es el límite para el reconocimiento legal y ejercicio de la objeción de conciencia (6). Asimismo, se aclara que la

.....
³ Volveremos sobre esto en la sección Discusión.

objeción de conciencia no es un derecho humano (11). Por otro lado, el único texto (20) que hace un análisis detallado de la jurisprudencia sobre el tema, en este caso de Colombia, es para argumentar a favor de la objeción de conciencia.

En términos de propuestas, Gómez-Sánchez *et al.* (5) en relación con Colombia post sentencia C-355/06, estiman que es necesario reglamentar la existencia de protocolos de investigación al interior de los tribunales de ética médica para los asuntos relacionados con objeción de conciencia. En el mismo sentido, Mautone y Rodríguez Almada consideran que es necesaria “la regulación de la ley en todo el Sistema Nacional Integrado de Salud para garantizar el acceso universal de las mujeres a la prestación, en concordancia con el principio de justicia” (10).

IV. Discusión

Los resultados arrojados por la revisión de los artículos pueden interpretarse en dos dimensiones. En primer lugar, el estado del arte de la producción académica sobre la objeción de conciencia frente al aborto. En segundo lugar, el estado de situación del reconocimiento y uso de la objeción de conciencia en el campo de la atención del aborto en los servicios de salud, de acuerdo con los datos y argumentos brindados por los trabajos seleccionados.

En la primera dimensión, antes que nada debe aclararse que teniendo en cuenta que los trabajos revisados aquí son los publicados en revistas o libros indexados, es extremadamente factible que exista un sesgo de selección y que hayan quedado afuera varios artículos de buena calidad, de distintas disciplinas y con diferentes enfoques. En este sentido, el presente trabajo no refleja el estado del arte de las publicaciones sobre objeción de conciencia en América Latina, sino solo de aquellos trabajos de publicaciones indexadas entre 2009 y 2015.

Si bien los artículos adoptan abordajes distintos (predominantemente bioéticos, jurídicos y sanitaristas), la mayoría combina en sus reflexiones descripciones e ideas, y varios enfoques, lo que en ocasiones ofrece un panorama rico, pero en otras provoca falta de precisión y profundidad en los temas elegidos. De hecho, son muy excepcionales los artículos comprometidos con un enfoque y que exploran un buen menú de argumentos y descripciones dentro de ese enfoque. En este sentido, por ejemplo, no hay escritos que, desde el enfoque de la salud pública, profundicen puntos importantes del impacto de la objeción de conciencia en la organización de los servicios de salud y en el sistema de salud en general.

En una línea similar, hay deficiencias de evidencia empírica en los artículos revisados. En efecto, se realizan afirmaciones descriptivas sin sustento, se infieren consecuencias, sin dejar en claro cuáles y cómo formular las premisas empíricas o normativas sobre las que hipotéticamente se asientan. Esta

escasez explica en parte la falta de datos respecto a los efectos o problemas concretos generados por la objeción de conciencia, por ejemplo.

En general, incluso los artículos que no se basan en una norma jurídica particular, parten de la premisa de que la objeción de conciencia es un derecho descartando de este modo un cuestionamiento sobre el estatus jurídico de la objeción de conciencia vis a vis los derechos de las mujeres a la salud, a la vida, a la autonomía y a la integridad, entre otros.

Efectivamente, las preguntas que colocan los trabajos, incluso los que favorecen la limitación de la objeción de conciencia, no tienen como propósito disputar su aceptabilidad jurídica. Los artículos que defienden la necesidad de limitar la objeción de conciencia, y algunos que adoptan una postura fuerte a favor de la objeción de conciencia, señalan la necesidad de ponderar los derechos de los profesionales de la salud con los derechos de las mujeres. Así por ejemplo, Amado *et al.* (4) expresan que: “la verdadera objeción de conciencia requiere la realización de un balance entre los derechos a la salud de las/os pacientes, en este caso de las mujeres. Las/os profesionales de la salud no pueden estar habilitados para hacer uso de la objeción de conciencia como una excusa para evadir el cumplimiento de sus deberes profesionales. Evitando el acceso de otra persona a servicios de salud a los que tienen derecho, ello constituye una violación a los deberes éticos y legales⁴”.

Los artículos asumen que el conflicto se da entre el deber interno (la convicción moral a favor de la vida intrauterina, la creencia religiosa sobre el estatus del feto, etcétera) y un deber externo (la obligación de proveer abortos legales), por lo tanto no hay indagaciones o ejercicios conceptuales que disputen esa típica representación y vayan a otras presentaciones que densifiquen los valores y convicciones morales internos, por ejemplo (22). De este modo no se hallaron argumentos que enfatizen el hecho que la conciencia no solo está compuesta por aquellas convicciones morales conflictivas con la obligación legal (*i.e.*, la atención del aborto legal) (22). Como sostienen Cavallo y Ramón Michel (22), debe asumirse que la conciencia de una persona está informada por distintas creencias y valores, y por lo tanto la decisión del/la profesional de salud sobre si objetar o no, ocurre en un contexto normativo denso: la propia práctica profesional está sustentada en convicciones, valores, compromisos y experiencias con contenido normativo, que tienen un espacio privilegiado al momento de evaluar una situación compleja moralmente. Esto supone, añaden las autoras, que “principios fundantes de la práctica de la salud, como los de beneficencia, no maleficencia y consentimiento informado, están llamados a tener un rol protagónico en la reflexión y posterior decisión del profesional”(22).

.....
⁴ Traducción propia. Versión original en inglés: “True conscientious objection requires that a balance be struck between the rights of the objector and the health rights of patients, in this case women. Doctors must not be allowed to use conscientious objection as an excuse to evade their professional duties. Preventing someone from accessing a health care service to which they are entitled constitutes ethical and legal misconduct”.

Respecto a la segunda dimensión, esto es el estado de situación del reconocimiento y uso de la objeción de conciencia en el campo de la atención del aborto en los servicios de salud, los estudios incluidos en esta revisión ofrecen algunas pistas: la objeción de conciencia está instalada como una opción de las/os profesionales de la salud (por ejemplo, las encuestas de actitudes y prácticas de los profesionales de la salud), puede operar como una barrera para la prestación del aborto legal (por ejemplo, las descripciones realizadas por artículos que proponen fijar límites) y hay algunos desarrollos legales incipientes (por ejemplo, la jurisprudencia de la corte constitucional colombiana).

V. Conclusión

Si bien en décadas anteriores estuvo presente en discusiones sobre salud reproductiva y previamente en el servicio militar obligatorio, los debates, los desarrollos argumentales y la movilización en torno a la objeción de conciencia frente al aborto es un fenómeno reciente en América Latina.

La objeción de conciencia da cuenta del momento histórico en que se encuentra la lucha por el aborto legal. Las recientes movilizaciones sociales y legales de la región sobre la despenalización del aborto, los pronunciamientos judiciales y administrativos para la implementación de las normas sobre el aborto en los diferentes países del continente, ponen de manifiesto la falta de acuerdo en las definiciones más básicas sobre el tema. Hay espacio para disputar los significados y definiciones: la objeción de conciencia en todas sus dimensiones es un fenómeno a definir, incluidos los aspectos jurídicos (por ejemplo ¿es o no un derecho?) y de política pública (por ejemplo, los distintos modelos de regulaciones).

En esta revisión de la literatura se observó un aumento en la cantidad de artículos publicados en las revistas indexadas sobre el tema, pero de calidad irregular. Es notoria la existencia de lagunas de conocimiento frente a la objeción de conciencia en la región, especialmente en cuanto a las disciplinas, marcos teóricos, metodologías y los pocos países referidos en los artículos incluidos en esta revisión de la literatura.

En primer lugar, es necesario contar con más y mejor evidencia sobre las formas de obstrucción del acceso a los servicios de aborto legal en los sistemas de salud, cómo se está argumentado a favor de la objeción de conciencia, cuáles son los mejores argumentos jurídicos y bioéticos para defender, limitar o negar la posibilidad de objetar la participación en la atención sanitaria de mujeres en situación de aborto, entre otras cuestiones. En relación con esto último, de la revisión de la literatura surge que en el campo de la bioética predomina la postura a favor de la objeción de conciencia y en contra del acceso legal al aborto, y de ahí la necesidad de producir argumentos que disputen esa postura desde la teoría y desde la práctica.

Los estudios incluidos en esta revisión son una muestra de acaso una primera etapa en de un campo que promete seguir desarrollándose. Por este motivo, nos parece adecuado sugerir líneas de acción e investigación en una agenda futura. Antes que nada, debería publicarse más y mejor en revistas indexadas. Como se indicó, llama la atención que una parte importante de los artículos de buena calidad no pudieron ingresar a este trabajo debido a que no se publicaron en revistas indexadas.

Finalmente, una agenda de investigación futura sobre la objeción de conciencia frente al acceso de las mujeres al aborto legal debiera encaminarse a:

- Producir mayor y mejor evidencia empírica sobre los efectos del reconocimiento de la objeción de conciencia;
- relevar las opiniones, actitudes y prácticas de las/os profesionales de la salud sobre la objeción de conciencia acerca del aborto, mediante distintas metodologías (no solamente encuestas sino también grupos focales y entrevistas a profundidad, por ejemplo);
- elaborar artículos que sean el resultado de reflexiones interdisciplinarias sobre los significados e implicaciones de la “objeción de conciencia” y de otras formas de incumplimiento de deberes profesionales que no encuadran en esta figura;
- realizar estudios de caso sobre experiencias locales de implementación de regulaciones o políticas que incluyan el componente de la objeción de conciencia (en otras palabras, investigaciones subnacionales);
- relevar de modo exhaustivo y sistemático las opciones regulatorios en el derecho comparado, tanto regional como global;
- fijar, mediante buenos argumentos, estándares normativos y proponer modelos regulatorios, para lidiar con las denegaciones de servicio con argumentos multidisciplinarios que además rescaten datos empíricos, en particular los efectos perniciosos y serios del reconocimiento de la objeción de conciencia sin más, para el acceso de las mujeres al aborto legal.
- profundizar la discusión y el análisis de la inclusión de la objeción de conciencia en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva.

VI. Referencias

1. Montero Vega A. La objeción de conciencia de los profesionales y su relación con la atención en salud sexual y reproductiva de adolescentes en Santiago de Chile. *Acta Bioeth.* 2014;20(2):197-206.
2. Díaz-Olavarrieta C, Cravioto VM, Villalobos A, Deeb-Sossa N, García L, García SG. El Programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México: experiencias del personal de salud. *Rev Panam Salud Publica.* 2012;32(6):399-404.
3. De Zordo S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Cien Saude Colet.* 2012 julio;17(7):1745-1754.
4. Díaz Amado E, Calderón García MC, Romero Cristancho K, Prada Salas E, Barreto Hauzeure E. Obstacles and challenges following the partial decriminalisation of abortion in Colombia. *Reprod Health Matters.* 2010;18(36):118-126.
5. Gómez-Sánchez PI, Urquijo-Velásquez LE, Villarreal C. Estrategia FIGO para la prevención del aborto inseguro. Experiencia en Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2011 enero-marzo;62(1): 24-35.
6. Casas L. Invoking conscientious objection in reproductive health care: evolving issues in Peru, Mexico and Chile. *Rep Health Matters.* 2009;17(34):78-87.
7. Valderrama Sandoval A y López Barreda R. Conciencia moral: ampliando su aplicación en salud. Aspectos teóricos y prácticos de los juicios de conciencia en Chile. *Acta Bioeth.* 2011;17(2):179-188.
8. Kottow M. Objeción de conciencia en bioética. *Cuad Méd Soc.* 2010;50(2):143-149.
9. Diniz D. Conscientious objection and abortion: rights and duties of public sector physicians. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(5):1-4.
10. Mautone M y Rodríguez Almada H. Objeción de conciencia en el ámbito de la salud. *Rev Méd Urug.* 2013;29(1):40-42.
11. Cabal L, Arango Olaya M y Montoya Robledo V. Striking a Balance: Conscientious Objection and Reproductive Health Care from the Colombian Perspective. *Health Hum Rights.* 2014;(16)2:E73-83.
12. Rodríguez Almada H. La objeción de conciencia en la normativa uruguaya. *Arch Med Interna.* 2013;35(2):62-68.

13. Montero Vega A y González Araya E. La objeción de conciencia en la práctica clínica. *Acta Bioeth.* 2011;17(1):123-131.
14. Montoya-Vacadiez DM. Mitos y realidades sobre la objeción de conciencia en la praxis médica. *Revista Ciencias de la Salud.* 2014;12(3):435-49.
15. Velazquez Cordoba LF y Cordoba Palacio R. Objeción de conciencia y la antropología filosófica. *Perspectivas Bioéticas.* 2010;14 (2):67-175.
16. Zárate Cuello AJ. Implicaciones bioéticas y biojurídicas de la objeción de conciencia institucional con relación al aborto en el ordenamiento jurídico colombiano. *Prolegómenos. Derechos y Valores.* 2011;XIV(27):43-56.
17. Laferriere JN. Aborto y objeción de conciencia. En de Martini Siro MA. *El médico frente al aborto.* Buenos Aires: Educa; 2012. p. 28-38.
18. Adriasola G. La objeción de conciencia y la interrupción voluntaria del embarazo. ¿Cómo conciliar su ejercicio con los derechos de las usuarias? *Rev Méd Urug.* 2013;29(1):47-57.
19. Cópola F. Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia en Uruguay. *Rev Méd Urug.* 2013;29(1):43-46.
20. Mora-Restrepo G. Objeción de conciencia e imposiciones ideológicas: el Mayflower a la deriva. *Revista Estudios Socio-Jurídicos.* 2011;13(2):249-273.
21. de la Rosa Guzmán CP. Reflexiones Sobre el Aborto: eficacia de las normas que lo regulan en Colombia. *Revista Virtual Via Inveniendi Et Iudicandi.* 2012 enero-junio;13(1):1-50.
22. Cavallo M y Ramón Michel A. La objeción de conciencia frente al aborto legal (o la reacción del sector salud frente al problema del aborto legal). En T-388/2009: Objeción de conciencia y aborto una perspectiva global sobre la experiencia colombiana. Bogotá: O'Neil Institute de la Georgetown University & Women's Link Worldwide; 2014.

