
El estigma en la prestación de servicios de aborto: características y consecuencias. Hacia la protección de los profesionales de la salud

María Mercedes Vivas
Salomé Valencia
Ana Cristina González Vélez

**Grupo
Médico**
POR EL DERECHO
A DECIDIR
GDC COLOMBIA

El estigma en la prestación de servicios de aborto: características y consecuencias. Hacia la protección de los profesionales de la salud.

María Mercedes Vivas, Salomé Valencia,
Ana Cristina González Vélez

Grupo Médico por el Derecho a Decidir - Colombia
Red Global Doctors for Choice

Setiembre de 2016



El **Grupo Médico por el Derecho a Decidir** es una red de médicos y médicas de distintas especialidades, que lucha por el acceso oportuno e integral de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva, con base en el respeto a la autonomía de sus decisiones. Es parte de la Red Global Doctors for Choice.

Autoras

María Mercedes Vivas,

Salomé Valencia,

Ana Cristina González Vélez

Diseño y diagramación: www.glyphosxp.com

Cualquier parte de esta publicación puede ser copiada, reproducida, distribuida o adaptada sin permiso previo de las autoras o editoras, siempre y cuando quien se beneficie de este material no lo copie, reproduzca, distribuya o adapte con propósitos de ganancia comercial y que las autoras reciban crédito como la fuente de tal información en todas las copias, reproducciones, distribuciones y adaptaciones de material. El *Grupo Médico por el Derecho a Decidir* agradecería recibir una copia de cualquier material en el que esta publicación sea utilizada.

Índice

Introducción	5
Estigma y estigmatización: Definiciones y conceptos	7
La estigmatización como herramienta de poder	7
Modelo ecológico	9
Los prestadores de aborto como «trabajadores sucios»	11
La distancia moral y el estigma	12
Efectos de la estigmatización del aborto	16
Efectos sobre los prestadores y la forma como ejercen su profesión	16
Efectos sobre los servicios de aborto	19
Prestadores de servicios de aborto legal: Defensores de derechos humanos estigmatizados	22
La experiencia del estigma entre prestadores y prestadoras colombianas	24

Algunas conclusiones	30
Recomendaciones	32
Anexo 1. Evidencia científica sobre estigma	34
Anexo 2. Marco Normativo para la protección de defensores de derechos humanos	36
Bibliografía	39

Introducción

El Grupo Médico por el Derecho a Decidir en Colombia viene produciendo una serie de documentos para contribuir a los debates sustantivos sobre temas relativos a la salud y los derechos reproductivos. Estos documentos se basan en revisiones de la literatura e incorporan además, nuestra experiencia como prestadores de servicios, investigadores o formuladores de políticas. En nuestro trabajo también se ve plasmado, de manera muy especial, el contacto con las mujeres que día a día requieren servicios y enfrentan barreras, y con los prestadores que están comprometidos con la defensa de la autonomía en el ámbito de la salud reproductiva. Se trata de aportes al debate que reflejan nuestra posición como Grupo Médico por el Derecho a Decidir y en esta oportunidad, se dirige a un debate de particular importancia: el estigma del que son víctima los y las prestadoras¹ de servicios de salud.

La literatura sobre estigma relacionado con el aborto se ha centrado en entender este fenómeno a partir de las mujeres que interrumpen los embarazos y de los prestadores que ofrecen servicios. En diversos trabajos, el estigma es definido como el proceso dirigido a catalogar o etiquetar a las personas, estereotiparlas, separarlas y discriminarlas

1 En este documento se utilizan de manera intercalada el masculino y femenino para reflejar la presencia de prestadores mujeres y hombres en el campo de la salud reproductiva. No utilizamos el masculino y femenino de manera simultánea (las y los) para aligerar la lectura.

(Kumar, Hessini y Mitchell 2009). En otras palabras, el estigma marca a las personas interna o externamente como algo inferior o distinto con respecto a las normas socialmente aceptadas o dominantes. En el caso concreto del aborto, el estigma comprende el proceso por el cual una mujer está marcada como «desviada» o inferior a lo que las normas sociales dictan sobre la maternidad, la feminidad y los comportamientos sexuales apropiados. A su vez, los proveedores de aborto están marcados como facilitadores o promotores de dicha desviación. Cockrill (2013) ha añadido a la definición de estigma un aspecto de relación entre personas, donde el estigma se basa en el entendimiento colectivo de que el aborto es una práctica inaceptable (Cockrill and Herold 2013).

6

Con base en lo anterior, Kumar et al han propuesto un modelo para comprender cómo el estigma se manifiesta en diferentes niveles. Gran parte de la literatura describe la estigmatización de los servicios de aborto como una barrera más para acceder a ellos, junto con otras tales como la falta de políticas públicas, la carencia de prestadores entrenados y la falta de capacidad instalada. Sin embargo, nuestro argumento se centra en que estas barreras de acceso, en buena medida, son en sí mismas manifestaciones del proceso de estigmatización del aborto el cual impacta negativamente el acceso por parte de las mujeres y afecta la disposición de prestadores frente a estos servicios; esto se refleja, entre otras cosas, en una crisis de recursos humanos que se aprecia tanto en la disminución del número de prestadores que deciden realizar servicios de aborto como en la sobrecarga social y laboral que éstos experimentan. El presente documento se propone explorar los vínculos entre el estigma relacionado con el aborto del que son víctimas los prestadores y las formas en que éste afecta el acceso a servicios seguros mediante la revisión de las consecuencias que produce.

Este tema es especialmente relevante en América Latina, una región que cuenta con algunas de las leyes más restrictivas en materia de liberalización del aborto en el mundo. A continuación presentamos una revisión de literatura que incluye los diferentes componentes de la definición de estigma, así como sus manifestaciones, casusas y consecuencias. También mostramos cómo el estigma puede dificultar el acceso a servicios de aborto en diferentes niveles, y posteriormente discutimos estos efectos a través de casos en Colombia. En el país, el tema es complejo entre otras razones por la ambigüedad legal que presenta la inclusión del aborto en el código penal y una amplia descriminalización del aborto en tres casos. Finalmente, presentamos algunas reflexiones y recomendaciones de políticas, orientadas a promover y fortalecer la protección de los prestadores.

Estigma y estigmatización: Definiciones y conceptos

La estigmatización como herramienta de poder

De acuerdo al trabajo de Goffman (1963), el estigma es un «atributo que desacredita profundamente» a una persona y que «reduce a un individuo de ser un sujeto completo a ser un sujeto manchado» (Goffman 1963); en otras palabras es la marca o señal, usualmente negativa, que se le atribuye a una persona en virtud de alguna condición o acción que lo «diferencia». Por consiguiente, la estigmatización es el proceso social por medio del cual se desacredita a alguien marcándolo con una imputación infame.

De acuerdo al glosario de La Federación Internacional de Planificación Familiar sobre términos relacionados con salud sexual y reproductiva, estigmatizar es marcar o señalar individuos con base en atributos particulares que, en este contexto, provienen de la condición de VIH, del género, de la sexualidad o del aborto, entre otras. El proceso de estigmatización de personas, directo o por asociación, se crea y mantiene para legitimar a grupos dominantes en la sociedad y tiene como resultado la marginalización de los que llevan la marca negativa (IPPF 2010). De acuerdo a Link y Phelan (2001) este proceso es dinámico y está compuesto por varios elementos que ocurren simultáneamente:

- Etiquetar o catalogar las características o particularidades individuales
- Estereotipar o dar un valor negativo a dichas características una vez se contrastan con estándares y normas culturales;
- Separar las personas catalogadas del grupo por pertenecer a una «categoría diferente»; y
- Discriminar o despojar a las personas de su estatus.

8 |

Poner en marcha el proceso de estigmatización es un ejercicio de poder que implica una relación desigual entre los sujetos (Link and Phelan 2001, 2006). De acuerdo a Parker y Aggleton (2003), la estigmatización es una herramienta efectiva para el mantenimiento del orden social y la estructura de poder que permite la reproducción de inequidades. Es a través de la producción de conocimiento social (normas) que se pueden establecer diferencias marcadas entre las personas y de esta manera los criterios de exclusión o inclusión de estructuras de poder (Parker and Aggleton 2003). Específicamente hablando de aborto, Kumar et al (2009) definieron el estigma asociado al aborto como «un fenómeno social que se construye y se reproduce de forma local», y que «asigna un atributo negativo a las mujeres que buscan terminar un embarazo que las marca interna y externamente como inferiores al ideal de la mujer» (Kumar, Hessini, and Mitchell 2009: 628). En otras palabras el estigma relacionado con el aborto es un fenómeno que no es ni natural ni esencial y su desarrollo y ejercicio se basan, más que todo, en disparidades y relaciones desiguales de poder (Kumar, Hessini, and Mitchell 2009). Cockrill and Herold agregaron que para que se estigmatice a las personas relacionadas con la práctica del aborto es necesario «un entendimiento común de que el aborto es moral-

mente equivocado y/o socialmente inaceptable» (Cockrill and Herold 2013: 3). Adicionalmente, al ser un proceso dinámico, el estigma puede ser causa y consecuencia de inequidades (Kumar 2013) y se manifiesta de formas variables en el tiempo y de acuerdo al contexto en el cual se presenta (Billings et al. 2010). Para mostrar la complejidad del tema, cabe resaltar que la estigmatización relacionada con la prestación de servicios de aborto tiene grados de severidad y varía según el caso. Por ejemplo, es mayor cuando el servicio se presta en edades gestacionales avanzadas (Lisa H. Harris and Grossman 2011; Norris et al. 2011) o varía según la causa del aborto, (p.ej. violación vs. motivos socioeconómicos). Sin embargo, para su correcta interpretación es importante entender que no todas las expresiones y actos negativos frente al aborto son estigma y que éste se puede volver un concepto amplio que enmascara otros procesos de inequidad y de discriminación (Kumar 2013).

Modelo ecológico

Kumar et al (2009), adoptaron un modelo ecológico que muestra las diferentes esferas sociales donde se manifiesta el estigma asociado al aborto, tanto lo que lo causa como sus consecuencias, y que contribuye particularmente a nuestra discusión. Estos niveles incluyen lo individual, la comunidad, el nivel institucional, el nivel estructural y legal, y el discurso popular y las representaciones culturales de los medios de comunicación (Kumar, Hessini, and Mitchell 2009: 630-633). Estos niveles, claramente descritos, se traslapan e interrelacionan unos con otros. Así por ejemplo, en el **discurso popular y las representaciones culturales** en los medios de comunicación que influyen opiniones de las mayorías, es frecuente encontrar el uso habitual y normalizado de expresiones como «abortistas» o «asesinos» cuando se hace referencia a los proveedores. Estas expresiones se traducen al discurso cotidiano de los individuos, mostrando la forma en que un nivel afecta otros. Usar apelativos como estos equipara el aborto con la comisión de un crimen, especialmente porque también se ha popularizado la descripción de los fetos con atributos de personalidad como la inocencia y la vulnerabilidad, y con características similares a las de un bebé nacido como sentimientos y deseos (Kumar, Hessini, and Mitchell 2009). Una de las consecuencias de este tipo de discurso, que además perpetúa la estigmatización de los servicios de aborto, es que genera una separación entre el personal de salud en general y el personal de salud que realiza

abortos como si pertenecieran a dos categorías distintas (Kumar, Hessini, and Mitchell 2009). **Las organizaciones e instituciones sociales**, tales como las entidades de salud, profundizan este fenómeno al separar físicamente los servicios de aborto de otros servicios habituales en salud sexual y reproductiva. **Las entidades educativas** no contribuyen tampoco a avanzar hacia servicios de aborto seguro al no incluir la enseñanza y la práctica del aborto inducido en la formación de los profesionales de la salud. Por otro lado, **la comunidad** es el espacio donde más frecuentemente se articulan las dinámicas que producen la estigmatización y la pérdida de estatus, y es donde el temor al rechazo puede llevar a los prestadores a no informar sobre su práctica.

Desde **el ámbito legal y del Estado** se contribuye a la estigmatización de prestadores de servicios de aborto y a las mujeres que acceden a éstos una vez se criminalizan, los unos por realizarlos y las otras por solicitarlos, mediante la inclusión del servicio en el código penal. En lugares donde el servicio no está penalizado, la estigmatización se hace presente en la regulación y normatividad que complejiza las condiciones para prestar un servicio que, de otra forma, es considerado de nivel primario y de muy bajo riesgo. Así, una de las consecuencias de la estigmatización de prestadores de aborto es la producción de regulaciones innecesarias para contener, supuestamente, el trabajo de prestadores inescrupulosos (Lisa H. Harris et al. 2013).

10 |

El estigma relacionado con el aborto al ser un fenómeno que no es ni natural ni esencial (Kumar, Hessini, and Mitchell 2009) y que más bien se basa en las definiciones locales y ampliamente aceptadas sobre lo apropiado, es posible encontrar contradicciones en diferentes espacios donde se producen las normas y parámetros relativos al aborto. Por ejemplo, la vehemente defensa del aborto como un derecho humano a nivel internacional va en contradicción con la inclusión de este servicio de salud en el código penal de los mismos países que toman resoluciones a este nivel. En países como Colombia, la contradicción es evidente porque la ambigüedad se produce en las propias normas. La legislación colombiana establece en el artículo 122 del Código Penal que el aborto es un delito, tanto para la mujer que lo cause o permita, como para la persona que lo practique. Sin embargo, la Corte Constitucional indicó en la sentencia C-355 del 2006 que la penalización total del aborto es inconstitucional, por lo que determinó que es posible que las mujeres puedan interrumpir de manera voluntaria el embarazo en tres casos. De acuerdo a Martin et al (2011), «La ambigüedad de la ley es al mismo tiempo la manifestación del estigma en aborto como el medio para perpetuarlo» (Martin et al.

2011:80), mostrando una vez el carácter circular y complejo de este fenómeno social. Adicionalmente, la ausencia (no reconocimiento) del estigma dentro de las políticas públicas contribuye a su perpetuación. Esto significa que la despenalización del aborto no garantiza servicios libres de estigma (Becker and Olavarrieta 2013). Por lo tanto, los prestadores que garantizan el acceso a servicios de aborto seguro, aun dentro del marco de la ley, corren el riesgo de ser estigmatizados (Turner 2010).

Por último a **nivel individual**, según Cockrill y Nack (2013), hay tres formas en las que se manifiesta el estigma en el aborto: estigma internalizado, sentido o percibido, y actuado. El estigma **internalizado** es la introyección de los calificativos negativos del aborto y de las personas relacionadas con éste. Tanto para prestadores como para mujeres, las manifestaciones más frecuentes, una vez se ha internalizado el estigma, son la culpa y la vergüenza. Trayendo nuevamente el trabajo de Parker y Aggleton (2003) en HIV, y extrapolándolo a aborto, tanto las mujeres como los prestadores que han internalizado los calificativos negativos están naturalizando de una forma u otra la categoría que la sociedad les ha impuesto. Es a través de la violencia simbólica descrita por Bourdieu, y que ellos incorporan en su trabajo, que se legitiman la inequidades, porque los sujetos afectados lo ven como natural (Parker and Aggleton 2003). El estigma **sentido o percibido** se refiere a la percepción e interpretación de actitudes negativas y comportamientos estigmatizantes que los otros presentan. El estigma **actuado** se refiere a los comportamientos discriminatorios o interacciones negativas relacionadas con el aborto, en donde la manifestación más extrema es la violencia pero que incluye expresiones más sutiles (Cockrill and Nack 2013). El manejo que la persona afectada le dé al estigma es una cuarta categoría mencionada. Esta se refiere a las acciones que llevan a cabo los individuos estigmatizados para manejar la marca y el proceso social que los desacredita y desvalora (Cockrill and Nack 2013).

Los prestadores de aborto como «trabajadores sucios»

En el caso de los prestadores de servicios de aborto hay varios elementos cuya interrelación hace que sean estigmatizados y se considere que realizan un «trabajo sucio» y, por ende, se les asigne de manera regular la etiqueta «trabajador sucio» que los desle-

gitima y excluye de su comunidad profesional (Zamberlin 2015). La práctica de aborto se define como **«trabajo sucio»** por ser una actividad que, a pesar de que la sociedad considera necesaria, involucra elementos «degradantes» y que «ensucian» a la persona que lo realiza (Hughes 1962). Dichos elementos están asociados con **«suciedad física»**, por entrar en contacto con partes fetales (las mismas con que se entra en contacto durante la evacuación un aborto espontáneo pero que en tal caso por tratarse de un evento no provocado por la voluntad de la mujer no se considera sucio); **«suciedad social»** por ser un servicio para mujeres que a través de éste violan los ideales y el «deber ser» femenino —maternidad, hijos— (Kumar, Hessini, and Mitchell 2009); y **«suciedad moral»** porque se ubica el aborto como un acto equivalente al asesinato o al feto como un sujeto de derechos (Cockrill and Herold 2013) (Kumar, Hessini, and Mitchell 2009).

La distancia moral y el estigma

12 |

La revisión de la literatura hasta aquí expuesta ha mostrado las definiciones y conceptos relacionados con el estigma que recae sobre los prestadores. Sin embargo, consideramos que es necesario, además, entender los mecanismos por medio de los cuales las personas en posiciones dominantes pueden asumir conductas dañinas sin mayores repercusiones y, al mismo tiempo, justificar su conducta. La estigmatización de las mujeres que solicitan la interrupción de un embarazo y, por asociación, de los prestadores que realizan el procedimiento se asocia con diversos mecanismos que se ponen en marcha para tomar «distancia moral».²

La distancia o desconexión moral es el proceso por el cual las personas realizan actos perjudiciales mientras que al mismo tiempo se consideran así mismo morales (Bandura 2015). Con esta distancia o separación moral, miembros de la sociedad asumen una postura que permite obviar una obligación al naturalizarla como algo indebido. De acuerdo con Gonzalez (2016), personas que deberían garantizar el ejercicio del

2 Este concepto introducido por el psicólogo canadiense Bandura, viene siendo explorado por Ana Cristina González Vélez como parte de su tesis doctoral, y las primeras revisiones sobre el mismo y el aborto, están incorporadas en el ensayo (mimeo) presentado en el trabajo final de la disciplina **«Teorías do Desenvolvimento Moral e o Ensino da Ética»** que utiliza el título del texto de Bandura: Moral disengagement. How People Do Harm and Live with Themselves.

derecho al aborto —como son prestadores de otros servicios de ginecoobstetricia— implementan alguno de los mecanismos que les permite tomar distancia o desconectar la auto-sanción moral de las prácticas que producen daño, en este caso la no prestación del servicio. Existen ocho mecanismos que operan en cuatro *locus* del proceso de auto-regulación moral:³ el locus del comportamiento, el del agente moral, el del resultado y el de la víctima. Es importante anotar que la distancia moral no altera los estándares morales de la persona y al contrario es un proceso que le permite eludirlos de tal manera que logra «sacar» la moralidad al comportamiento mediante el cual causa daño y por tanto su responsabilidad sobre el mismo. A nivel del *locus del comportamiento*, las personas «santifican» las conductas nocivas (i) invistiéndolas de propósitos morales y sociales valiosos o dignos, o convirtiéndolas en benignas o altruistas por medio de las (ii) ventajas comparativas o del uso de (iii) lenguaje eufemístico. Estos mecanismos son poderosos justamente porque involucran la moral en el propósito nocivo pero la desconectan de las acciones. A nivel del *locus del agente moral*, las personas eluden su auto-responsabilidad sobre las conductas nocivas (iv) desplazando la responsabilidad a otros o (v) dispersándola o difuminándola. En el primer caso, la distancia moral opera minimizando el rol del agente moral que ocasiona el daño, afirmando que sus acciones provienen de un mandato proferido por las «autoridades»: ellos sólo cumplen órdenes. La difusión por su parte opera asignando la responsabilidad al grupo de manera que el daño se atribuye a los comportamientos de otros o dividiendo el trabajo y fragmentándolo en múltiples actividades de las cuáles nadie es responsable directo. A nivel del *locus de los resultados*, quienes actúan produciendo daño, suelen (vi) ignorar, minimizar o negar lo que hacen y estos mecanismos son más fuertes cuando la acción es individual y no puede atribuirse al grupo. Gracias a este mecanismo es fácil causar daño cuando el sufrimiento no es visible o cuando las acciones ocurren en un lugar y espacio distantes de los efectos que causa. Finalmente, en el *locus de la víctima* se incluyen un grupo de prácticas que operan en el nivel de las propias víctimas, y los mecanismos más comunes son (vii) la deshumanización y (viii) la atribución de culpa a la víctima. Es más fácil causar sufrimiento si quienes lo experimentan son «extraños» o sujetos despojados de sus cualidades humanas. Convirtiendo a las víctimas en subhumanas o atribuyéndoles cualidades animales, debilitan los escrúpulos del agente al momento de ocasionar un daño. Retratarlas como tontas, salvajes o degeneradas son formas

3 Ibidem. p.2.

de deshumanización. Finalmente, culpar a la víctima es otra manera de operar con fines de auto-exoneración: el daño fue una respuesta a una provocación inicial, o el resultado de una instigación que los llevó a un comportamiento beligerante, o simplemente aquéllas personas merecían ser castigadas (González, 2016).

En relación con el aborto por ejemplo, los médicos niegan o dilatan la prestación de los servicios porque están en contra de la norma que despenalizó el aborto al considerarlo un delito. Esta negación ofrece la ventaja comparativa de «salvar vidas inocentes» en referencia al feto. Esta ventaja comparativa, a su vez es frecuente encontrarla en los casos en los que la mujer se ha declarado víctima de violación, pues consideran que ésta es la causal que todas las mujeres usan (o «abusan») aun cuando no hayan sido violadas y que «el feto no tiene la culpa». Evadir la responsabilidad sobre las conductas nocivas al desplazarla a otros, dispersarla o difuminarla también son mecanismos que se ponen en marcha para tomar distancia moral en el tema del aborto.

El mecanismo de la difusión de la responsabilidad, en relación al aborto, sucede cuando los profesionales desplazan la responsabilidad a otros al solicitar una autorización judicial o cuando atribuyen la objeción de conciencia a una política institucional de la cual no son responsables. También es frecuente encontrar que por motivos que se atribuyen al sistema de salud, una determinada entidad no acepte la certificación de riesgo para la salud diligenciada por un profesional de otra entidad, dilatando la prestación del servicio. De igual forma, la distancia se puede tomar con respecto a los resultados de las acciones. Así, distintas expresiones de la violencia obstétrica en la atención del aborto —como el manejo insuficiente del dolor, especialmente cuando las mujeres son dadas de alta del hospital— les permiten distanciarse del sufrimiento porque este ya no sucede en el ámbito hospitalario. A este nivel también se activa el mecanismo de minimización del daño cuando se usan tecnologías obsoletas para el aborto que requieren mayores cuidados y generan una recuperación más larga y a veces estadías innecesarias en el hospital o cuando minimizan el sufrimiento que ocasiona en la mujer tener un embarazo no deseado. Por último, la distancia moral se puede establecer como vimos antes, con respecto a la propia víctima de la práctica nociva. En relación al aborto, se trata por ejemplo de la deshumanización que se produce cuando tratan a las mujeres que abortan como pecadoras, antinaturales o asesinas. También cuando se le atribuye

la culpa a la víctima porque «no pensó bien cuando estaba teniendo relaciones sexuales» o cuando consideran que fue ella quien provocó la violación (González 2016).⁴

El estigma en el aborto no sólo opera en los involucrados que llevan a cabo el procedimiento sino también en los sujetos que deciden tomar distancia moral frente al tema y que, por diversos mecanismos, justifican la negación de un servicio de salud seguro. En conclusión, es a partir de diversos mecanismos que muchas personas, que de otra forma estarían en la obligación de defender y cumplir la ley y prestar servicios seguros, se amparan para negar la atención y perpetuar la estigmatización de mujeres y prestadores de servicios de aborto.

⁴ La totalidad de las ideas presentadas en este apartado sobre distancia moral y aborto, están basadas en el trabajo de González, 2016. Ver nota a pié de página 2.

Efectos de la estigmatización del aborto

Efectos sobre los prestadores y la forma como ejercen su profesión

La estigmatización de los servicios de aborto tiene efectos en diferentes esferas. Se ven afectados los prestadores y la forma en como ejercen su profesión; los servicios mismos y en última instancia las mujeres. Las consecuencias de la estigmatización sufridas por los prestadores han sido descritas en un espectro que van desde el silencio hasta casos de violencia, desde lo individual hasta la comunidad. Una de las posibles respuestas de los prestadores al percibirse como sujetos estigmatizados, o para prevenirlo, es ejercer **la autocensura y el silencio** (Lisa Hope Harris et al. 2011). Este fenómeno puede trascender al ámbito familiar y comunitario del prestador (Zamberlin 2015) teniendo

como consecuencia la sensación de aislamiento y desconexión (Lisa Hope Harris et al. 2011). El silencio puede ser utilizado para manejar el rechazo y las amenazas. Pero a su vez puede generar contradicciones y conflictos en el prestador y aislarlo de sus redes de apoyo afectando su participación en la comunidad.

Como se mencionó anteriormente, es frecuente que la práctica del aborto tenga una connotación negativa de «trabajo sucio», además de una percepción de incompetencia de los prestadores de servicios y por ende una falta de legitimidad dentro de la comunidad médica. Harris et al., argumenta que el silencio y el estigma forman una dupla en la que la imagen negativa de los prestadores de servicios de aborto se refuerza. Ocultar la práctica clínica de aborto seguro fomenta la idea que los prestadores no son personas comunes, altamente preparadas, que están garantizando los derechos humanos. A este fenómeno se le llama **«la paradoja de la legitimidad»** (Lisa H. Harris et al. 2013). A su vez, la imagen negativa que no se contradice al mantener silencio incrementa la estigmatización de los prestadores, formando un círculo vicioso (Lisa H. Harris et al. 2013). «La paradoja de la legitimidad», es decir la incapacidad moral y técnica que se le atribuye a los prestadores de servicios de aborto, se hace muy evidente cuando una mujer sufre complicaciones después de un aborto inducido y requiere atención en un centro médico de mayor complejidad (Lisa H. Harris et al. 2013; Lisa Hope Harris et al. 2011). Así, las complicaciones por aborto, a diferencia de los eventos adversos que se presentan en otros servicios de salud, son particularizadas y atribuidas en gran medida a la naturaleza del servicio y del prestador. La baja contratación de nuevos profesionales, que desde que empiezan a ejercer en el ámbito laboral tienen poco apoyo y autonomía para prestar servicios de aborto (Freedman et al. 2010), contribuye a **la sobrecarga de trabajo de los prestadores**. La interrupción del embarazo después del primer trimestre es una condición particularmente grave ya que existen **menos proveedores formados y dispuestos a realizarlo**, además del incremento del estigma que conlleva (Lisa H Harris and Grossman 2011; Hessini 2013; Norris et al. 2011). Este **estrés psicológico crónico y fatiga emocional** pueden llegar a tener consecuencias sobre la salud del proveedor (Cook and Dickens 2014). Por parte de la comunidad, el rechazo a este tipo de actividad genera la marginalización y, en formas más extremas, la violencia. **La marginalización** puede incluir la no inclusión dentro de sociedades médicas (Lisa Hope Harris et al. 2011) o los riesgos financieros a los que se pueden ver expuestos los prestadores. Las expresiones de **violencia** pueden ir desde los discursos denigrantes hasta el hostigamiento y ataques físicos (Lisa H. Harris et al. 2013).

La estigmatización altera la forma en como los prestadores ejercen su profesión. Por ejemplo, **el mal ejercicio de la «objeción de conciencia»** —es decir la negación de servicios sin razones de conciencia— es una de las manifestaciones más insidiosas de la estigmatización del aborto. Faúndes et al. (2013) han descrito la relación que existe entre el estigma y la objeción de conciencia utilizada en diferentes partes del mundo para negar el acceso a un aborto seguro. También muestra que se ha usado como una medida para evitar la discriminación y estigma social donde el aborto está legalizado (Faúndes, Duarte, and Osis 2013). Jonhson et al (2013), argumenta que cuando la objeción de conciencia se ejerce de tal forma que se convierte en una barrera de acceso —como no brindar atención en situaciones de emergencia o no referir a centros que prestan el servicio—, la salud de las mujeres está en riesgo (Johnson et al. 2013). Como argumentan Gil y González en su respuesta (González and Gil 2016⁵) al estudio «El feto también es mi paciente: Actitudes frente al aborto y la remisión entre médicos objetores de conciencia en Bogotá, Colombia» (Fink et al. 2016), acciones tales como «prevenir que las pacientes se hagan un aborto, dar información legal o médica incorrecta, negarse a referir a las pacientes, u objetar solo en algunos casos», son el tipo de prácticas que caen en la categoría de barreras y negación injustificada de servicios de salud, no basadas en un ejercicio de conciencia sino en el hecho de estar en desacuerdo con la decisión de una mujer y no reconocer su derecho a abortar.

La conciencia es un atributo personal, presente tanto en la negación como en la prestación de servicios; la objeción no es lo mismo que la obstrucción, el estrés moral, la desobediencia civil, ni la imposición de barreras (Wicclair 2011). La objeción de conciencia permite a un médico o médica negarse a prestar un servicio que, si bien es legal y corresponde a las competencias técnicas de su profesión, no le es posible prestar por razones basadas en profundas creencias religiosas, morales o éticas. Este privilegio en nada modifica su obligación ética de no interferir con la autonomía de su paciente, de salvaguardar su bienestar y, más aún, de no hacerle daño o negarle información. Obstaculizar el acceso a un procedimiento médico necesario viola estos tres principios —especialmente cuando se hace desde una posición de poder propia del ejercicio de la medicina— y dista de obedecer a un ejercicio de conciencia para convertirse en una imposición de creencias. El objetor se niega porque la prestación de estos servicios contraría un núcleo esencial de su existencia humana, y no porque esté en contra de la ley,

5 Disponible en: <https://globaldoctorsforchoice.org>

porque privilegie la vida del feto o porque considere que las decisiones de las mujeres no son correctas. Incluso si así lo creyera, estos motivos son de su fuero interno y no pueden usarse como argumento a la hora de tomar decisiones médicas que afectan la vida y el bienestar de sus pacientes.⁶

Chavkin et al., desarrollaron un modelo basado en el caso de Sur África —donde a pesar de la legalización del aborto, el uso de la objeción de conciencia es generalizado y el número de abortos inseguros no ha disminuido—. En el caso de Senegal que ellos mencionan observaron que había mayor uso de este recurso durante atención post aborto en los casos en que se sospechaba un aborto inducido (Chavkin, Leitman, and Polin 2013). De Zordo et al., encontraron en un estudio realizado con ginecólogos de Brasil y Polonia que éstos se negaban a practicar abortos en centros públicos argumentando objeción de conciencia, pero los realizaban de forma clandestina en el ámbito privado. Una de las consecuencias eran un mayor costo de los procedimientos en las clínicas privadas evadiendo posibles ataques/críticas (De Zordo and Mishtal 2011) (ver diagrama 1).

Efectos sobre los servicios de aborto

Los servicios de aborto son tratados de forma diferente a otros servicios de salud. Esta separación se produce en varios conceptos. Hay una clara distinción que se establece entre los médicos que «practican abortos» y los «tradicionales» que están en defensa de la vocación y de la vida en gestación (Zamberlin 2015). Otro tipo de división se observa cuando los servicios se externalizan al ámbito privado o, dentro de los servicios públicos, dividen la prestación de la atención ginecológica de los servicios de aborto, delegando a un número reducido de profesionales para este tipo de procedimientos, dando prioridad a otro tipo de servicios y generando una mayor carga de trabajo sobre un grupo reducido. Al final hay una clara **inconsistencia entre la oferta y la demanda**, a pesar de ser uno de los servicios más requeridos por las mujeres (Norris et al. 2011). Esto puede ser aún más evidente en países en desarrollo, donde la

⁶ La respuesta de González y Gil, incluye algunas ideas que además haber sido desarrolladas por la autora, fueron discutidas en el II Seminario Regional sobre objeción de conciencia que tuvo lugar en Bogotá en agosto de 2016, que se centró en los debates sobre objeción de conciencia institucional.

Diagrama 1. Efectos de la estigmatización en el prestador



tasa de aborto entre 2010 y 2014 fue de 37 por 1000 mujeres; la tasa de aborto en países desarrollados en el mismo periodo fue de 27 por cada 1000 mujeres (Sedgh et al. 2016). En el caso de contextos legalmente restringidos las clínicas prestadoras de servicio deben **autofinanciarse** por su «clandestinidad» y existe mayor riesgo de prestación de servicios bajo condiciones insalubres, recursos limitados o profesionales y **ausencia de guías y protocolos estandarizados** (Walsh, Møllmann, and Heimburger 2008). Desde la experiencia se ha visto que el temor al estigma lleva **al sub-registro de procedimientos**, y por ende al desconocimiento de una realidad que hace parte de la salud de la población, desencadenando una especie de «paradoja de la prevalencia» (Kumar, Hessini, and Mitchell 2009), mediada por sistemas de información, a nivel poblacional. En otras palabras, un servicio frecuente termina invisibilizado por la falta

de estadísticas. Las consecuencias en la salud pública son graves ya que se subestima la prevalencia e incidencia real de la práctica de abortos y no permite entender de forma real las necesidades de las mujeres, ni prepararse para suplirlas. Esta situación puede también relacionarse con el desconocimiento que se tiene sobre el impacto de las barreras al aborto.

Diagrama 2. Efectos de la estigmatización en los servicios de aborto



Prestadores de servicios de aborto legal: Defensores de derechos humanos estigmatizados

Al contrario de los profesionales que actúan con **distancia moral** frente a la prestación de servicios de aborto, los prestadores que facilitan el ejercicio de derechos de las mujeres y son prestadores a conciencia lo hacen a pesar del costo social que trae para ellos. Según la revisión de la literatura y repasando las circunstancias adversas en donde los prestadores son estigmatizados, es posible afirmar que todo aquel que decida atender mujeres y facilitar la práctica de abortos seguros es un garante de derechos. De hecho, en el ámbito internacional⁷ los prestadores de servicios de aborto seguro son recono-

cidos como defensores de derechos humanos al ser los que garantizan el libre ejercicio que tienen las mujeres de decidir sobre su cuerpo y porque en muchos contextos se trata de un servicio que acontece en condiciones legales restrictivas y sin duda, en condiciones de extrema estigmatización y marginalización.

Al prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo, los prestadores garantizan el derecho de las mujeres a la vida; la salud y la atención médica; la no discriminación y la igualdad; la libertad; la privacidad; la información; el derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes; a decidir el número de hijos en intervalo entre nacimientos; a disfrutar del progreso científico; y a la libertad religiosa y de conciencia (El Salvador and Naciones Unidas 2005). En otras palabras, varios derechos humanos se ponen en riesgo si se les obstaculiza a las mujeres el acceso a servicios de aborto seguro. Los defensores del derecho al aborto seguro están alineados con la declaración sobre el «derecho y el deber de los individuos, los grupos y las instituciones de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales universalmente reconocidos»(Naciones Unidas 1999). Además, la Asamblea General de Las Naciones Unidas adoptó una resolución en la que reconoce el impacto que tiene la labor de los defensores de derechos humanos de la mujer «en la promoción y protección de los derechos humanos, la democracia, el estado de derecho y el desarrollo, como elemento esencial para asegurar su protección, incluso mediante la condena pública de la violencia y la discriminación contra ellas» (United Nations 2014 párrafo:7).

Sin embargo, y aunque los derechos humanos relacionados con la salud sexual y reproductiva han sido reconocidos en múltiples oportunidades a nivel internacional, la labor de los prestadores de aborto como defensores de derechos humanos es estigmatizada. De acuerdo al informe de la Relatora Especial sobre la situación de los defensores de los derechos humanos de las Naciones Unidas, aquellos que trabajan por las mujeres corren mayor riesgo de sufrir ciertas formas de violencia y siguen siendo atacados en muchas partes del mundo. Su trabajo es considerado una afrenta a diversos conceptos establecidos por los grupos sociales, entre ellos «al concepto ‘tradicional’ de familia, que puede servir para refrendar y perpetuar formas de violencia y opresión contra la mujer». La hostilidad hacia los defensores, así como la falta de apoyo por parte de la población y de las autoridades son algunas de las consecuencias que tiene la contradicción a estas las normas socialmente establecidas y aceptadas (United Nations 2010).

La experiencia del estigma entre prestadores y prestadoras colombianas

La revisión de la literatura permite concluir que el proceso social de estigmatizar mujeres que deciden interrumpir un embarazo, y por ende marcarlas como seres de una categoría inferior que incumple con el «deber ser» impuesto por la sociedad, opera de tal forma que permite la reproducción de estructuras de poder ya establecidas. Los efectos de dicha estigmatización se ven tanto en las mujeres como en los prestadores de servicios aborto que, por asociación, terminan siendo señalados.

Los prestadores de aborto son víctimas del estigma al no separarse o desconectarse de su obligación de velar por los intereses de las mujeres, y por reconocer el ejercicio de

autonomía y autodeterminación que ellas realizan cuando deciden si continúan o no un embarazo. Esto se ejemplifica en la variedad de situaciones que enfrentan las personas relacionadas a la prestación de servicios de aborto al ser estigmatizadas y que van desde menciones de «trabajo y trabajador sucio» hasta acciones físicas. El Grupo Médico por el Derecho a Decidir indagó sobre casos y ejemplos específicos donde se hiciera evidente cómo opera este proceso social en relación a los prestadores de servicios, los diferentes niveles de estigmatización y mecanismos que emplean los sujetos que estigmatizan. Los siguientes relatos tienen en común que fueron recogidos en dos ciudades principales de Colombia, donde las barreras al servicio deberían ser menores por tratarse de centros urbanos, y sin embargo, no lo son. Las personas que compartieron su experiencia son todos médicos y médicas que de alguna u otra forma están en contacto con mujeres que solicitan interrupciones voluntarias del embarazo.⁸

A nivel individual, la internalización del estigma se hizo evidente cuando un prestador de servicios describió la imagen que tenía de las personas que hacían abortos cuando aún no estaba despenalizado en Colombia. En el relato a continuación se ve la definición de Hughes (1962) sobre lo que constituye un «trabajo sucio» y un «trabajador sucio».

«Pero yo quiero irme a los orígenes de eso y es que la ilegalidad durante muchos años hizo que las personas que no tuvieran nada más que hacer para ganarse la vida, es decir, que no habían podido conseguir un buen trabajo, que no tenían recursos para sobrevivir, decidieran hacer cosas que nadie másquería hacer y ¿qué es algo que nadie quiere hacer? Pues algo ilegal» (Médica, Bogotá).

El estigma a nivel institucional se ve en la carencia de capacitación y de asistencia técnica que tienen las personas que de otra forma deberían prestar servicios de aborto. La falta de capacitación como lineamiento tácito para restringir el ejercicio de derechos de las mujeres y el acceso a servicios tiene la grave consecuencia de atentar contra la

⁸ Esta información no utiliza los nombres propios para proteger la identidad y brindar seguridad a los y las prestadoras comprometidas con la prestación de servicios de aborto legal.

salud de las mujeres. Aún más, la estigmatización del aborto expone a los prestadores a situaciones éticas y legales que, de haber sido preparados adecuadamente, no hubieran tenido que enfrentar. En el siguiente relato se ve cómo prestadores de salud que estarían dispuestos a ofrecer servicios no lo hacen por falta de conocimientos médicos y legales, lo cual se hace aún más evidente en edades gestacionales avanzadas. La falta de conocimiento lleva a confusión y mala aplicación de conceptos y pone en riesgo a todos los involucrados. Además, implica que las personas que estén interesadas en este tema tienen que buscar alternativas para su educación. También implica que los centros de educación dejan de ser motor de progreso en la construcción de capacidad e implementación de servicios de aborto. La contraparte es encontrar que personal médico se enfoca en los casos difíciles para eludir la prestación aduciendo falta de conocimientos y capacitación.

26 |

«Digamos que una de las cosas que hace que ellos [hablando de prestadores de servicios] se sientan mal, aun sabiendo que está en la legislación [hablando de las causales de aborto], es que mucha gente no conoce cómo se hace realmente un aborto en Colombia. La gente se imagina [un]aborto como [una] película. Se preocupan mucho por aspectos técnicos de la prestación del servicio, sobre todo por encima de la semana veinticuatro. Están muy solos». (Médica genetista, Manizales)

La marginalización de prestadores que buscan aplicar la ley en centros hospitalarios muestra otra forma de estigmatización que se da a nivel institucional. Es decir, las instituciones educativas y centros hospitalarios no sólo demuestran la estigmatización de prestadores al no brindar educación completa y adecuada sino también al segregar a las personas que están activamente tratando de implementar la ley. Tal es el caso de los médicos en los dos siguientes relatos: un médico psiquiatra que frecuentemente certificaba la causal salud y un médico residente de ginecología de primer año que relató la historia de una mujer joven que acudió al servicio de urgencias donde estaba haciendo su práctica. Ambos profesionales cuentan su relato implementando la causal salud y las barreras que tuvieron por ser considerada «una excusa» para el aborto. Implementar

esta causal hace parte de los atributos de descalificación de los prestadores que hacen parte de las historias a continuación. En otras palabras, la aplicación de la causal que da más acceso a la mayoría de las mujeres permite la estigmatización de los prestadores al considerarlos como personas «sin criterio ni límites», cuyo proceso de evaluación de los casos de aborto es defectuoso porque siempre dice «sí». Cabe resaltar los hospitales en que tuvieron lugar estos casos, son centros de formación de profesionales.

El relato del psiquiatra muestra claramente el estigma por asociación:

«Yo no hago abortos, ni soy ginecólogo. Hace dos años o tres cambió totalmente [hablando de la dirección del centro hospitalario] y se comenzaron a poner talanqueras y talanqueras y talanqueras y una de las cosas que me pasó a mí es que hasta hace tres años siempre me llamaban porque era el que tenía la experiencia, además el interés, me llamaban mucho a ver este tipo de pacientes, todos pacientes gineco-obstétricas, y desde hace dos años para acá ya no. Entonces yo sí que creo que me han vetado. Pero es ese tipo de estigma que no, o sea, yo paso por los pasillos y nadie me hace el feo, no, nada, nada, absolutamente nada, pero sí ha habido una tendencia a que sólo si estoy de turno y no hay ninguna otra opción, pues me toca ver estas pacientes. Hay una marginalización muy dura. Muy, muy clara. Y está relacionada con el hecho de que mis evaluaciones mentales para las pacientes que querían una interrupción voluntaria por la causal salud mental, yo siempre decía que obvio que sí. Y ellos alguna vez decían: «pero bueno, ¿usted alguna vez va a decir que no?» ¿Cómo voy a decir que no si estoy convencido de que el simple hecho de ser un embarazo no deseado ya es un riesgo altísimo para esa mujer? Entonces yo creo que ese tipo de respuestas mías llevaron a esta marginalización que es una forma de estigma sutil, es muy elegante, debajo de la mesa sí, y las personas que me han marginalizado me saludan amabilísimamente, chirriadísimos». (Médico psiquiatra, Bogotá)

De acuerdo al relato de la residente, la mujer llegó al servicio de urgencias:

28 |

«con una crisis de ansiedad, en medio de un episodio depresivo, secundario a un embarazo de 24 semanas que no quería ni se sentía en condiciones de continuar. En la historia clínica del ingreso por urgencias del día anterior, había una amplia justificación para interrupción voluntaria del embarazo por causal salud mental, y describía la alteración del ánimo de Ana,[●] que llevaba ya algunas semanas, pero que por miedo, no se había atrevido a consultar antes». «Su madre, que desconocía su estado de gestación, preocupada por ideas de muerte, decide llevarla a urgencias la noche anterior.» Ante la situación de la usuaria, la residente realizó la nota de evolución y preparó el análisis correspondiente para presentar el caso ante su profesor, junto con casos de otras usuarias, durante la ronda de la mañana. El profesor aceptó sin objeción el análisis que la residente presentó de otros casos, sin embargo al llegar al «caso de Ana, él, un ginecólogo de una reconocida universidad privada de la ciudad, [me] increpó: ¿Quién le ha dicho que usted puede certificar alteración mental?, ella requiere concepto de psiquiatría. ¿Entonces vamos a matar a todos los niños porque se aburrieron [las mujeres] y no los quieren tener? ¿Usted ya sabe que aquí hay una ginecóloga a la que le piden abortos ‘a la carta’?». La residente, como médica general graduada, estaba avalada por la ley para emitir la certificación por salud mental. Sin embargo el profesor decidió hacer caso omiso de este punto y exigió que la nota fuera firmada por una ginecóloga de la institución. Además, el profesor, se reusó a pasarle ronda a la paciente. La colega a la que el profesor le solicitó apoyo le explicó que no estaba dispuesta a firmar la nota y que la residente por no tener ningún vínculo contractual con el hospital —por ser practicante— tampoco tenía una firma válida para proceder con la interrupción voluntaria del embarazo solicitada por la paciente. Dos semanas después, en ronda con el profesor, se discutió un caso que no estaba relacionado con aborto. La residente se mostró en desacuerdo con el profesor y éste le solicitó retirarse de la ronda (*Residente de gineco-obstetricia, Medellín*).

● Ana no es el nombre real de la mujer involucrada en la historia. Es un nombre ficticio para proteger su identidad y preservar el anonimato.

Estos casos muestran la forma cómo se pone en marcha el proceso de estigmatización de las personas involucradas. Por ejemplo, se cataloga y asigna un valor negativo a los prestadores de servicios de aborto que implementan la causal salud como médicos sin criterio que trabajan 'a la carta'. La paciente y la residente al igual que el psiquiatra fueron separadas del resto de la cotidianidad de los servicios, la paciente cuando no se revisó su caso en la ronda, la residente cuando se le pidió que abandonara la rotación al disentir cuando se discutía otro caso y el psiquiatra cuando no volvió a ser consultado. También se hacen evidentes los niveles en los que actúa la estigmatización, desde lo institucional por ser dos médicos, uno de ellos docente, que truncan la prestación del servicio hasta lo individual cuando el profesor se refiere a un colega que hace «abortos a 'la carta'».

Es de resaltar la ausencia de sanciones a las personas que impidieron el ejercicio de derechos en contraste con la sanción cuando se amonestó a la residente por tratar de implementar la ley. Es claro cómo se usaron argumentos alusivos a normas informales, tales como no tener una firma «válida» o solicitar una evaluación de psiquiatría que no es parte de la norma, para obstruir la prestación del servicio y desplazar la responsabilidad del docente que estaba no sólo obligado a actuar en el mejor interés de su paciente sino también a capacitar a la residente en servicios de aborto seguro. Todo para tomar una distancia moral que le permitiera negar el servicio a una mujer que tenía síntomas claros de depresión mayor por un embarazo no deseado y omitir el análisis que la residente argumentó en varias ocasiones.

El defender vehementemente la aplicación de la ley marcó a la residente en el tiempo y trascendió el espacio de discusión del caso específico, ya que dos semanas después se produjo la sanción cuando ella disintió en un tema que no tenía relación. La asignación de estatus de niño nacido del feto y la falta de discusión sobre los derechos de la mujer por parte del profesor se hicieron evidentes en su discurso cuando dijo «*¿Entonces vamos a matar a todos los niños porque se aburrieron y no los quieren tener?*». Según el profesor, la causa por las cuales las mujeres solicitan una interrupción voluntaria del embarazo es «aburrimiento» y los prestadores, por asociación, el medio para llevar a cabo esta tarea. Se puede hacer una lectura entre líneas que con un prestador sin criterio y por ende ilegítimo —porque hace abortos— ya es suficiente.

Algunas conclusiones

Los procesos de estigmatización se ponen en marcha para perpetuar estructuras de poder que favorecen a grupos de personas específicos y descalifican otros. Esto se hace mediante el establecimiento de «marcas» que permiten categorizar a las personas de acuerdo a que tan cerca estén de cumplir con las normas sociales; es decir, la estigmatización se da a partir de la relación entre sujetos que están en diferentes posiciones estructurales- unos en desventaja con respecto a los otros.

El aborto es un servicio de salud donde este fenómeno así como la relación desigual de poder entre sujetos se hace evidente, al igual que la transformación de estigma en barreras de acceso. Esto pasa, entre otras cosas, por estigmatizar prestadores de servicios de quienes se considera hacen un trabajo «sucio» al realizar abortos. Uno de los motivos fundamentales para calificar el trabajo de los prestadores de esta manera es que involucra sujetos que, de acuerdo con un «deber ser» previamente establecido y acordado por la sociedad, están por debajo de los estándares sociales como son las mujeres que toman la decisión de interrumpir un embarazo. La formulación de cate-

gorías, en donde a los prestadores de servicios de aborto y a las mujeres que solicitan estos servicios se les adjudican atributos que los desacredita, permite que personas que cometen actos dañinos puedan desconectar la sanción moral que éstos conllevarían y justificar su actuación como natural o apropiada.

Así pues, personal de salud que debería garantizar servicios adecuados a las necesidades de las usuarias —dentro de los cuales están la interrupción voluntaria del embarazo— pone en marcha una serie de mecanismos para justificar ante sí mismos conductas nocivas para la salud integral de sus pacientes. En otras palabras, la salud de las mujeres que necesitan interrumpir un embarazo se vuelve secundaria al ejercicio de descalificación que hacen estos prestadores de salud y sobre el cual justifican su conducta y falta de sanción moral. Ante este panorama, donde hay un problema de recursos humanos por escases de personas dispuestas a prestar el servicio y por sobre carga laboral y social de aquellos que deciden hacerlo, las mujeres quedan desprovistas de recursos para ejercer su autonomía cuando deciden interrumpir un embarazo.

Como se analizó en el texto, las personas que deciden no prestar servicios de aborto y naturalizarlos como algo malo toman «distancia moral» de la situación y de los sujetos involucrados. En contra parte, las personas que deciden prestar este tipo de servicios son garantes de derechos a pesar de la carga social y laboral que esto implica. Sin embargo, aun como defensores de derechos humanos, el personal de salud que defiende el derecho al aborto es también estigmatizado. Los efectos de este fenómeno son insidiosos y se ven reflejados tanto en los prestadores mismos como en los servicios de salud, mostrando que las causas y las consecuencias del estigma se dan en múltiples niveles de la interacción social y tienden a formar un círculo vicioso que se auto-perpetua.

Recomendaciones

Con base en los argumentos desarrollados a lo largo del documento y tomando en cuenta los efectos que el estigma ocasiona sobre los prestadores, como Grupo Médico consideramos necesarias, a fin de eliminar el estigma y favorecer el acceso al aborto legal, las siguientes acciones:

- Despenalizar el aborto y eliminar su tratamiento como delito. Es decir, eliminar el aborto del código penal y reconocerlo plenamente como un servicio de salud.⁹

⁹ En este punto adherimos a la propuesta realizada por la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres en su publicación, «Las causales de la ley y la causa de las mujeres. La implementación del aborto legal en Colombia: 10 años profundizando la democracia» (2016). Disponible en: <http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/index.php/noticias/428-las-causales-de-la-ley-y-la-causa-de-las-mujeres>

- Impulsar medidas orientadas al cumplimiento de las normas que regulan el uso de la objeción de conciencia por parte de los proveedores.
- Implementar programas de desarrollo de competencias en universidades para la formación de profesionales de la salud en interrupción voluntaria del embarazo, con un enfoque de derechos.
- Evaluar y calificar a los prestadores de servicios de aborto con los mismos estándares de calidad que se esperan de cualquier persona encargada de ofrecer servicios de salud para los cuales está habilitado.
- Integrar los servicios de aborto en los programas de salud reproductiva, y generar guías actualizadas basadas en evidencia y derechos sexuales y reproductivos.
- Garantizar que los centros donde se prestan los servicios cumplan con todos los estándares necesarios de la misma manera que se espera de cualquier otro servicio de salud.
- Conceptualizar, medir y generar evidencia sobre el estigma hacia los prestadores de servicios de aborto y construir escalas e indicadores que permitan determinar la magnitud del fenómeno.
- Generar ambientes favorables a la denuncia del estigma de la que son víctimas los defensores de derechos reproductivos, de tal modo que se combata su naturalización en los servicios y en las comunidades.

Anexo 1.

Evidencia científica sobre estigma		
Autor, año. País o región	Tipo de estudio	Principales hallazgos
Cockrill, 2013. Suráfrica y Latinoamérica. (Cockrill and Herold 2013)	Cualitativo (entrevistas a proveedores)	<p>Todos los participantes reportan haber experimentado estigma. El silencio como uno de los elementos centrales y la discriminación como uno de sus consecuencias principales.</p> <p>La influencia de los medios de comunicación en la perpetuación del estigma y su temor a ser expuestos.</p>
Chavkin, 2013 (Chavkin, Leitman, and Polin 2013).	Revisión de la literatura (1998-2013)	El estigma como uno de los factores que llevan a los prestadores a acudir a la objeción de conciencia.
De Zordo, 2010. Polonia y Brasil.(De Zordo and Mishtal 2011)	Cualitativo (entrevistas semi-estructuradas)	<p>Los participantes expresan su temor a ser estigmatizados por colegas, medios de comunicación y comunidad.</p> <p>La importancia de factores como las creencias religiosas, percepciones de los derechos reproductivos, entrenamiento inadecuado y temor a ser estigmatizados afecta la práctica de abortos.</p>

Evidencia científica sobre estigma

Autor, año. País o región	Tipo de estudio	Principales hallazgos
Freedman, 2010. EEUU. (Freedman et al. 2010)	Cualitativo (entrevistas en profundidad a gineco-obstetras graduados hace 5-10 años)	La mayoría no realiza abortos debido a las políticas formales e informales que se imponen en su lugar de trabajo y su equipo. Algunos mencionaron el riesgo de violencia como un obstáculo en la provisión de abortos.
Hanschmidt, 2016. (Hanschmidt et al. 2016) Estudios de: EEUU, Ghana, Gran Bretaña, México, Pakistán, Perú y Zambia	Revisión sistemática. (1984-2015).	Los estudios que incluyeron proveedores mostraron que el estigma es experimentado de forma constante en la vida de los proveedores.
Harris, 2011 (Lisa Hope Harris et al. 2011)	Cualitativo. Realizaron un workshop de seis sesiones.	El estigma fue se encuentra presente en diferentes áreas: tanto a nivel hospitalario como fuera del mismo (discurso, leyes, políticos, comunidad local y organizaciones, relaciones con amigos y familia, y en confrontaciones con protestantes antiaborto y en su relación con pacientes y compañeros de trabajo.

Anexo 2.

Marco Normativo para la protección de defensores de derechos humanos

Como se mencionó anteriormente, el ámbito legal y normativo es una de las esferas en donde la estigmatización de prestadores de servicios de aborto opera, como causa y como consecuencia. Sin embargo, esta también es una de las esferas donde hay herramientas concretas para resistir la estigmatización de los servicios de aborto y de las personas involucradas. El marco internacional desde OMS y organizaciones de prestadores como FIGO y FLASOG específicamente desarrollan contenidos tales como:

- El concepto de aborto seguro como un aborto sin estigma. También la referencia explícita al uso adecuado de la OC.OMS. (Guías de Aborto Seguro de la OMS, 2002).

- Una de las misiones del grupo es cambiar el paradigma y promover el orgullo al proveer un aborto legal, ya que están protegiendo la salud de las mujeres, actuando en consecuencia con los DDH y los principios éticos (Ethical Guidelines on Conscientious Objection, 2005. FIGO).

Al hablar de prestadores de servicios de aborto específicamente como defensores de derechos humanos, la comisión interamericana de derechos humanos recomienda a los estados americanos:

- Asegurar que las autoridades o terceros no manipulen el poder punitivo del Estado y sus órganos de justicia con el fin de hostigar a defensoras y defensores de derechos humanos. Los Estados deben adoptar todas las medidas necesarias para evitar que mediante investigaciones judiciales se someta a juicios injustos o infundados a las defensoras y defensores. (CIDH, Segundo informe sobre la situación de las defensoras y los defensores de derechos humanos en las Américas, OEA/SER.L/V/II/Doc.66, adoptado el 31 de diciembre de 2011, recomendación 13)
- Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean necesarias para asegurar que efectivamente se garanticen los derechos y libertades consagrados en la Convención Americana y en particular el derecho a defender los derechos. Para lograr estos objetivos, la CIDH insta a los Estados a cumplir con las siguientes recomendaciones específicas:
 - Reconocer el trabajo de defensores y defensoras de derechos humanos y su rol en las sociedades democráticas,
 - Prevenir el uso o la adopción de leyes y políticas con una formulación contraria a los estándares de derecho internacional,
 - La actuación debida de los operadores de justicia en conformidad con los estándares internacionales de derechos humanos en el sistema de justicia interno,
 - Evitar la sujeción a procesos penales con una duración irrazonable,

- Garantizar que cualquier detención sea llevada a cabo con estricto apego al derecho de la libertad personal,
- Erradicar el uso indebido de las medidas cautelares,
- Adoptar respuestas inmediatas frente a procesos de criminalización.

Bibliografía

Bandura, Albert. Moral. 2015. «Disengagement: How People Do Harm and Live with Themselves.» *Macmillan Higher Education*.

Becker, Davida, and Claudia D??az Olavarrieta. 2013. «Decriminalization of Abortion in Mexico City: The Effects on Women’s Reproductive Rights.» *American Journal of Public Health* 103(4): 590–93.

Billings, Deborah, Leila Hessini, Andersen Clark, and Carolina Sur. 2010. «Guía de Grupos Focales Para Explorar El Estigma Con Relación Al Aborto.»

Chavkin, Wendy, Liddy Leitman, and Kate Polin. 2013. «Conscientious Objection and Refusal to Provide Reproductive Healthcare: A White Paper Examining Prevalence, Health Consequences, and Policy Responses.» *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 123(SUPPL.3): S41–56.

Cockrill, Kate, and Steph Herold. 2013. «Addressing Abortion Stigma Through Service Delivery.» : 1–49.

- Cockrill, Kate, and Adina Nack. 2013. «'I'm Not That Type of Person': Managing the Stigma of Having an Abortion.» *Deviant Behavior* 34(12): 973–90.
<http://dx.doi.org/10.1080/01639625.2013.800423>
<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01639625.2013.800423>.
- Cook, Rebecca J, and Bernard M Dickens. 2014. «Reducing Stigma in Reproductive Health.» *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 125(1): 89–92.
- Faúndes, Anibal, Graciana Alves Duarte, and Maria José Duarte Osis. 2013. «Conscientious Objection or Fear of Social Stigma and Unawareness of Ethical Obligations.» *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 123 Suppl : S57–59.
- Fink, Lauren R et al. 2016. «' The Fetus Is My Patient , Too ' : Attitudes Toward Abortion and Referral Among Physician Conscientious Objectors in Bogotá , Colombia.»
- Freedman, Lori, Uta Landy, Philip Darney, and Jody Steinauer. 2010. «Obstacles to the Integration of Abortion Into Obstetrics and Gynecology Practice.» *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 42(3): 146–51.
- Goffman, Erving. 1963. *Stigma; Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall.
- González, Ana C. 2016. *De Cómo La Gente Hace Daño Y Continua Viviendo Consigo Misma*. (Mimeo)
- González, Ana C., and Laura Gil. 2016. Respuesta del Grupo Médico por el Derecho a Decidir, al artículo «El Uso Inapropiado de La Objeción de Conciencia En Bogotá, Colombia: Una Barrera Para La Atención Del Aborto Legal Y Seguro.» (M): 1–3.
- Hanschmidt, Franz et al. 2016. «Abortion Stigma: A Systematic Review.» *Perspectives on sexual and reproductive health*.

Harris, Lisa H, and Daniel Grossman. 2011. «Confronting the Challenge of Unsafe Second-Trimester Abortion.» *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 115(1): 77–79.

Harris, Lisa H., Lisa Martin, Michelle Debbink, and Jane Hassinger. 2013. «Physicians, Abortion Provision and the Legitimacy Paradox.» *Contraception* 87(1): 11–16.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.08.031>.

Harris, Lisa Hope, Michelle Debbink, Lisa Martin, and Jane Hassinger. 2011. «Dynamics of Stigma in Abortion Work: Findings from a Pilot Study of the Providers Share Workshop.» *Social Science and Medicine* 73(7): 1062–70.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.004>.

Healy, Joan. 2013. «Putting Provider Abortion Skills into Practice.» *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 121 Suppl : S20–24.

Hessini, Leila. 2013. «Confronting Abortion Stigma.» *RH Reality Check blog*.

Hughes, Everett C. 1962. «Work, Good People and Dirty.» *Social Problems* Vol. 10 (No. 1 (Summer, 1962)): pp. 3–11.

IPPF. 2010. «Glosario de IPPF Sobre Términos Relacionados Con La Salud Sexual Y Reproductiva.» : 1–68.

Johnson, Brooke R., Eszter Kismedi, Monica V. Dragoman, and Marleen Temmerman. 2013. «Conscientious Objection to Provision of Legal Abortion Care.» *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 123(SUPPL.3): 60–62.

Kumar, Anuradha. 2013. «Everything Is Not Abortion Stigma.» *Women's Health Issues* 23(6).

Kumar, Anuradha, Leila Hessini, and Ellen M H Mitchell. 2009. «Conceptualising Abortion Stigma.» *Culture, health & sexuality* 11(6): 625–39.

- Link, Bruce G, and Jo C Phelan. 2006. «Stigma and Its Public Health Implications.» *Lancet (London, England)* 367(9509): 528–29.
- Link, Bruce G., and Jo C. Phelan. 2001. «Conceptualizing Stigma.» *Annual Review of Sociology* 27(1): 363–85.
- Macisaac, Laura, and Zevidah Vickery. 2012. «Routine Training Is Not Enough: Structured Training in Family Planning and Abortion Improves Residents' Competency Scores and Intentions to Provide Abortion after Graduation More than Ad Hoc Training.» *Contraception* 85(3): 294–98.
- Martin, Lisa A, Michelle Debbink, Jane Hassinger, and Lisa H Harris. 2011. «Abortion-Possible and Impossible : Stigma and the Narratives O F.» (UNICEF 2009): 79–88.
- Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Las causales de la ley y la causa de las mujeres. La implementación del aborto legal en Colombia: 10 años profundizando la democracia. Bogotá: 2016.
- Naciones Unidas. 1999. *Declaración Sobre El Derecho Y El Deber de Los Individuos, Los Grupos Y Las Instituciones de Promover Y Proteger Los Derechos Humanos Y Las Libertades Fundamentales Universalmente Reconocidos*.
- Norris, Allison et al. 2011. «Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences.» *Women's Health Issue*: 549–54. http://ac.els-cdn.com/S1049386711000338/1-s2.0-S1049386711000338-main.pdf?_tid=f5066f98-7bad-11e5-a799-00000aacb35e&acdnat=1445842457_ffe5a-c1e332e8ccae70ebb31210b8776.
- Parker, Richard, and Peter Aggleton. 2003. «HIV and AIDS-Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Implications for Action.» *Social Science and Medicine* 57(1): 13–24.
- Purcell, Carrie, Shona Hilton, and Lisa McDaid. 2014. «The Stigmatisation of Abortion: A Qualitative Analysis of Print Media in Great Britain in 2010.» *Culture, health & sexuality* 16(9): 1141–55.

El Salvador, and Naciones Unidas. 2005. Human Rights Watch *Derecho Internacional de Los Derechos Humanos Y Aborto En América Latina*.

Sedgh, Gilda et al. 2016. «Abortion Incidence between 1990 and 2014: Global, Regional, and Subregional Levels and Trends.» *The Lancet* 0(0): 625–32.
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616303804>.

Sorhaindo, Annik M., Tahilin S. Karver, Jonathan G. Karver, and Sandra G. Garcia. 2016. «Constructing a Validated Scale to Measure Community-Level Abortion Stigma in Mexico.» *Contraception*.

Turner, Katherine L. Evangeline Weiss y Gita Gulati-Partee. 2010. *Prestadores de Servicios Como Promotores de La Atención Segura Del Aborto: Manual de Capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Ipas.

United Nations. 2010. *Report to the 16th Session of the Human Rights Council*.

United Nations. 2014. *Promotion of the Declaration on the Right and Responsibility of Individuals, Groups and Organs of Society to Promote and Protect Universally Recognized Human Rights and Fundamental Freedoms: Protecting Women Human Rights Defenders*. Oxford University Press.

Wicclair, Mark. 2011. *Conscientious Objection in Health Care An Ethical Analysis*. Cambridge University Press.

Zamberlin, Nina. 2015. «El Estigma Asociado Al Aborto Como Objeto de Estudio: Los Primeros Pasos En América Latina.» *Investigación Sobre Aborto En América Latina Y El Caribe*, ed. CLACAI: 173–90.

De Zordo, Silvia, and Joanna Mishtal. 2011. «Physicians and Abortion: Provision, Political Participation and Conflicts on the Ground--the Cases of Brazil and Poland» *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 21(3 Suppl): S32–36.

