

**Universidad Andina Simón Bolívar**

**Sede Ecuador**

**Área de Letras y Estudios Culturales**

Maestría en Estudios de la Cultura

Mención en Políticas Culturales

## **Las cadenas del silencio**

**Barreras simbólicas en torno al aborto voluntario en Guadalajara de Buga –  
Colombia**

Leidy Johana Bautista Londoño

Tutora: Cristina Soledad Burneo Salazar

Quito, 2023





## Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, Leidy Johana Bautista Londoño, autor del trabajo intitulado “Las cadenas del silencio: Barreras simbólicas en torno al aborto voluntario en Guadalajara de Buga – Colombia.”, mediante el presente documento deo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Estudios de la Cultura en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

16 de junio de 2023

Firma: \_\_\_\_\_



## Resumen

Colombia es uno de los países que se encuentra a la vanguardia en materia de legislación frente al aborto voluntario en la región sudamericana. La Sentencia C-055 del 21 de febrero de 2022 permitió la implementación de un modelo mixto que despenalizó el acceso al aborto hasta la semana 24 de gestación. A partir de dicha semana, se estableció tres causales por las cuales se puede acceder a él sin que sea catalogado como delito. Dicha sentencia condujo a uno de los marcos normativos más amplios para el aborto voluntario legal, seguro y gratuito. Sin embargo, organizaciones de defensa de los derechos sexuales y reproductivos como La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Fundación Oriéntame reportan en Colombia un aumento de solicitudes negadas por parte de la red pública de atención en salud, en comparación con los años anteriores.

Esta investigación indaga en los obstáculos que la ley halla en la cultura y en lo social a través de las barreras simbólicas que existen para considerar el aborto voluntario como un derecho pleno en sociedades como la colombiana. El estigma social y la falta de información son algunas de las principales. Gran parte del esfuerzo realizado para ampliar el acceso al aborto voluntario en Colombia se ha centrado en dos pilares: la lucha legal por la eliminación del delito de aborto del Código Penal colombiano y en la lucha activista por la desestigmatización social.

Propongo una lectura del acceso al aborto voluntario desde una mirada cultural a través de una perspectiva de género para plantear la existencia de *barreras simbólicas* funcionales a un sistema económico, social y político que ha puesto la capacidad reproductiva de las mujeres al servicio de la acumulación capitalista a través de diferentes regímenes de control de los cuerpos. Esto ha permitido la construcción e imposición de *un mandato de reproducción* naturalizado y legitimado a través del tiempo gracias a la división sexual del trabajo. Las relaciones entre la ley y la cultura presentan tensiones en este ámbito que me propongo explorar a fin de desentrañar las limitaciones para el uso de la sentencia mencionada.

Palabras clave: aborto voluntario, mandato, barreras simbólicas



A Saray Sofía, genuino motor de mis días...



## Agradecimientos

Gracias a mi familia por ser cuna, sostén, motivación y apoyo incondicional para mis sueños...

A mis colaboradoras Mayra, Ginna y María Clara por la nobleza de sus relatos y por permitirme preguntar, con mi torpeza académica, por esas *cicatrices que no dejan marcas en la piel...*

A Cristina Burneo, mi tutora, por su paciencia y su ánimo, y por embarcarse con toda en esta tarea de ser guía e interlocutora crítica pese a mi lentitud y, en muchas ocasiones, mi miopía...

A José Manuel Muñoz, eterno granjero de esta semillita errante, gracias por su lectura comprensiva y la generosidad de sus comentarios...

A *TÚ*, amor y luz de vida en el corazón, gracias por ser y estar siempre para Yo...

A mis amigas, especialmente a Becky, almas llenas de amor, complicidad y contención; y a todas aquellas personas que de alguna u otra manera contribuyeron a que esta investigación sea hoy una realidad, de corazón ¡gracias!



## Tabla de contenidos

Introducción.....	13
Capítulo primero Coordinadas iniciales de investigación .....	19
1. El inicio de una pregunta .....	30
3. El tipo de trabajo realizado .....	36
Capítulo segundo Ginna, María Clara y Mayra, tres caminos hacia un aborto voluntario .....	43
1. Primera historia, Ginna.....	44
2. Segunda historia, María Clara .....	47
3. Tercera historia, Mayra.....	49
4. Análisis .....	51
5. El presente y la dimensión cultural del aborto voluntario .....	58
Capítulo tercero Barreras simbólicas en torno al aborto voluntario .....	61
1. La reproducción de la fuerza de trabajo, mandato femenino del capital .....	68
Conclusiones.....	79
Lista de referencias .....	83



## Introducción

El interés por explorar los obstáculos para acceder al aborto voluntario de manera legal, gratuita y segura en Colombia no es reciente en la academia ni en los activismos feministas. Diferentes investigaciones se han dado a la tarea de identificar, definir y clasificar las barreras de acceso a este derecho, logrando también impactar significativamente en la reducción de algunas de ellas (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres et al. 2021; Ministerio de Salud y Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA 2014). La historia del movimiento por la despenalización del aborto voluntario en el país muestra que el debate y la lucha por este derecho se llevó a cabo inicialmente en términos jurídicos y de salud pública (Barraza y Gómez 2009, 9). A partir del año 2005, se empieza a hablar de una dimensión social del aborto con la implementación del Litigio de Alto Impacto en Colombia: la inconstitucionalidad del Aborto – LAICIA.

Este tipo de litigio, de Alto Impacto, también conocido como Litigio Estratégico, es un enfoque del derecho que se centra en litigar sobre temas considerados de gran interés social; LAICIA fue el primer litigio de este tipo realizado en Colombia (Uprimny en Women's Link Worldwide 2011, 4:10 – 5:10). Esta estrategia estuvo liderada por Mónica Roa, abogada feminista y, en ese momento, directora de programas de Women's Link Worldwide, organización internacional que promueve la equidad de género y los derechos humanos de las mujeres (Gómez 2006, 93; Women's Link Worldwide 2011, 0:34). La estrategia LAICIA se centró en tres puntos principales: a) la acción legal frente a la Corte Constitucional (en adelante, la Corte), en forma de tres demandas; b) la construcción de una red de alianzas que permitió sincronizar agendas entre los diferentes movimientos de mujeres, la academia, la ciencia y algunos sectores de la iglesia católica; y, c) una estrategia de comunicaciones que permitió fortalecer el debate público (Gómez 2006, 98-9; Women's Link Worldwide 2007a, 2).

Todo este trabajo tuvo como resultado la reinterpretación del marco legal que criminalizaba el aborto en todas las circunstancias, dando lugar, en el año 2006, a la despenalización parcial mediante la Sentencia C-355. Esta sentencia tipificó la Interrupción Voluntaria del Embarazo – IVE como un derecho constitucional al cual se puede acceder en casos de violación, incesto o inseminación artificial no consentida; malformación fetal incompatible con la vida y riesgo para la salud física o mental de la mujer (COL Corte Constitucional 2006). LAICIA es la primera evidencia de una apuesta

social a gran escala en pro de la autonomía reproductiva de las mujeres. El componente social que implicó este Litigio logró convocar una polifonía de voces frente al aborto desde diferentes áreas del conocimiento y la práctica cotidiana (97), logrando poner sobre la mesa el debate de la criminalización del aborto en todas las circunstancias en contraste con las condiciones reales de vida de las mujeres colombianas y extranjeras residentes en el país (Women's Link Worldwide 2011, 4-7).

Esta mirada hacia la dimensión social del aborto voluntario permitió la identificación de otras barreras que no habían sido tenidas en cuenta en el análisis jurídico y motivó el trabajo por la desestigmatización social de este derecho. La Sentencia C-355 fue un triunfo en 2006 que favoreció la construcción de redes de apoyo para continuar trabajando por la despenalización total del aborto voluntario desde diferentes aristas como la legal, la médica y la social. La Encuesta nacional de percepción sobre la Interrupción Voluntaria Del Embarazo – IVE realizada por la Mesa por la Vida y la Salud de las mujeres en 2017 permitió identificar, entre las personas encuestadas, una inclinación hacia la autonomía de las mujeres, reflejada en un 61% de la muestra que manifestó no estar en de acuerdo con que las mujeres vayan a la cárcel por interrumpir voluntariamente sus embarazos, frente a un 36,1% que sí lo estaban. Estos cambios favorables en la percepción social del aborto voluntario evidencian un impacto significativo en la disminución de las barreras de acceso identificadas.

Todo ese caminar constituyó la herencia social, jurisprudencial y técnica que, quince años después, recibió la actual regulación sobre el aborto desde su inicio como demanda constitucional. La Sentencia C-055 de febrero de 2022 despenalizó totalmente el aborto voluntario hasta la semana 24 de gestación y para los casos que superen este tiempo gestacional, se establecieron las causales de la sentencia de 2006 como requisito para abortar de manera legal, segura y gratuita. Una de las principales herencias técnicas que ayudó a este logro, fue el uso del Litigio de Alto Impacto como una herramienta que permitió poner nuevamente en la agenda social el debate sobre el aborto voluntario. En esta ocasión, la demanda de inconstitucionalidad impuesta ante la Corte en septiembre de 2020, recogía la voz de 134 activistas y más de 90 organizaciones que trabajan por la defensa de los derechos humanos de las mujeres; quienes se unieron con el objetivo de demostrar que la despenalización por causales era ineficiente e injusta porque seguía perpetuando condiciones de privilegio y exclusión, ya que impacta de manera desproporcionada a las personas que se encuentran en contextos de mayor vulnerabilidad (Causa Justa 2020).

Este accionar activista, académico y legal nos enseña el impacto del trabajo colectivo en la producción de políticas públicas. El movimiento Causa Justa y la Sentencia C-055 de 2022, evidencian el papel fundamental de la sociedad en la construcción de marcos normativos más justos e incluyentes, acordes a las transformaciones que vivimos como sociedad. Sin embargo, como veremos en el primer capítulo de esta investigación, la realidad del acceso al aborto voluntario está lejos de garantizar la autonomía reproductiva lograda a nivel jurisprudencial. La existencia de barreras de acceso al aborto voluntario sigue siendo un reto importante en la implementación del marco normativo existente, siendo el estigma social una de las barreras que continúa perpetuándose, pese al gran trabajo y a los avances antes descritos.

Es importante analizar que el componente social que hasta ahora se ha venido implementando en la lucha por la desestigmatización del aborto voluntario ha estado centrado, casi que de manera exclusiva, en su dimensión legal; lo que termina siendo un abordaje limitado o con cierto sesgo hacia lo jurídico. Para entender mejor esta afirmación considero pertinente diferenciar entre la desestigmatización del aborto voluntario, la cual es una apuesta dirigida hacia percepción social que se tiene sobre esta práctica y la despenalización del aborto voluntario, que es una apuesta legal para que dicha práctica deje de ser tipificada como un delito castigado con cárcel. Como vimos, la apuesta social que se ha realizado hasta ahora, ha estado orientada a transformar la percepción social sobre la criminalización del aborto; es decir, que se ha centrado solo en que estemos de acuerdo con que las mujeres no debemos ir a la cárcel por abortar de manera voluntaria. Sin embargo, esta forma de plantear los términos de la conversación parece asumir de entrada que el aborto sí es una práctica que debería ser castigada.

Desde este horizonte de sentido, en el presente documento sostengo que existe una dimensión simbólica del aborto voluntario que ha sido poco explorada en las investigaciones realizadas y que es desconocida para la política pública que regula este derecho. Dicha dimensión integra los significados culturales que nos atraviesan como sociedad frente a temas como la maternidad, la familia y la reproducción, así como sobre la organización social y la distribución del trabajo. Significados que no se pueden identificar materialmente, pero que se pueden interpretar o rastrear a través de las diferentes producciones culturales como el cine, la música y la literatura, así como en las actitudes que asumen las personas frente al tema del aborto; los silencios; los relatos; entre otras. En este sentido, uno de los objetivos principales de esta investigación consistió en la exploración de las barreras simbólicas en torno al aborto voluntario como

una herramienta para comprender aquellos obstáculos que limitan nuestra autonomía reproductiva, pero que escapan a la tradicional clasificación de barreras que se ha venido trabajando.

Las barreras simbólicas que propongo en esta investigación son invisibles, pero tienen la facultad de hacerse tangibles cuando se pone en juego la necesidad de abortar. Su interpretación nos permitirá comprender por qué el aborto voluntario, pese a ser una práctica tan antigua y conocida, lleva todavía la carga simbólica negativa que ha arrastrado durante siglos; siendo condenado a la clandestinidad y al silencio. Desde estos cuestionamientos, en el tercer capítulo de esta investigación, los desarrollos teóricos de Silvia Federici (2010, 2018, 2022), Lorena Cabnal (2010) y Rita Segato (2003, 2016) nos permitirán comprender la autonomía reproductiva como un terreno en disputa que, desde hace siglos, se ha venido manifestando en acciones de expropiación de los territorios, los cuerpos, los lugares de enunciación, los medios de producción y de reproducción de la vida de quienes no estamos del lado privilegiado del capital.

En este contexto, la criminalización del aborto puede ser entendida como un tipo de violencia de estado naturalizada social e históricamente con el fin de sostener el mandato de reproducción impuesto a las mujeres debido a nuestra capacidad para gestar. Es la imposición del trabajo doméstico como destino biológico producto del mandato de reproducción, la evidencia de una jerarquía masculina que hizo de la diferencia corporal un lugar de privilegio y exclusión (Cabnal 2010; Federici 2010; Segato 2003). Comprender que las barreras simbólicas que experimentamos actualmente para acceder al aborto voluntario de manera legal, segura y gratuita están ancladas a dicho mandato de reproducción y, por ende, a la división sexual del trabajo, nos permite ampliar el análisis sobre el acceso al aborto voluntario hacia su dimensión cultural desde una perspectiva de género.

Vale aclarar que con esto no quiero decir que la dimensión jurídica no sea importante en la reflexión propuesta; sino que dicha dimensión debe ser entendida dentro del mundo simbólico y cultural que le confiere sentido. En otras palabras, es necesario comprender que la dimensión legal del aborto voluntario está atravesada por una serie de significados culturales que guían su accionar. Es esta comprensión la que permitiría cambiar los términos de la conversación y situar la lucha por la autonomía reproductiva y el aborto voluntario ya no como un problema exclusivamente legal, sino, fundamentalmente un problema de género. En este sentido, la lectura del marco legal que presento a continuación está permeada por preguntas sobre la dimensión cultural y

simbólica de dicho marco normativo; en lugar de constituir un recuento detallado de las sentencias, decretos y leyes que regulan el acceso al aborto voluntario.

Debido a que las barreras simbólicas están ancladas a nuestros sistemas de creencias, muchas de ellas escapan de la reflexión consciente; de allí que sea más fácil identificarlas cuando las vemos reflejadas en las experiencias de otras personas o representadas en alguna producción artística o cultural. En este sentido, las historias de vida compartidas por mis colaboradoras constituyen el eje central que me permitirá articular: las reflexiones teóricas sobre el aborto voluntario, mi experiencia profesional como psicóloga y la realidad que viven las personas que deciden abortar. Estos marcos me permitirán resaltar el potencial que tiene el relato, especialmente el relato compartido, tanto para la identificación de las barreras simbólicas que hemos interiorizado, como para llevar a cabo procesos de sanación y resignificación de las experiencias en torno al aborto voluntario.

Comprender dicho potencial del relato nos invita a generar espacios colectivos de reflexión que cuestionen y amplíen los significados culturales que hemos construido con relación al aborto voluntario. Pues como veremos al final de esta investigación, es en la raíz de dichos significados donde se encuentra la verdadera penalización de esta práctica. Desentrañar los significados culturales que encubren las barreras simbólicas en torno al aborto voluntario, permite, al mismo tiempo, cuestionar el mandato de reproducción. Nombrar dichos significados nos permite, además, conjurar heridas y transmutarlas hacia su cicatriz, haciendo posible su resignificación. Vemos entonces que espacios como los encuentros posaborto y los círculos de mujeres, promovidos generalmente desde los activismos feministas, constituyen apuestas significativas que permiten poner en valor las experiencias personales que, mediante el relato, se colectivizan, se politizan y permiten construir teorías a partir de ellas.

Desde este horizonte de sentido, y teniendo en cuenta la especificidad de un tema como el aborto voluntario, se pueden comprender las apuestas teóricas y metodológicas que decidí asumir en esta investigación; empezando por un marco teórico construido sólo a partir de conceptualizaciones realizadas por mujeres y desde posiciones abiertamente feministas. Lo anterior, significó para mí asumir la ruptura con el enfoque tradicional de investigación y de producción de conocimientos académicos, dominado históricamente por una perspectiva masculina y patriarcal, lo que me permitió comprender “la importancia de las experiencias y las voces de las mujeres en la generación de conocimiento y en el análisis social” (Harding 1987, 21). En consecuencia, este

aprendizaje exigió asumir mi lugar de enunciación para dar cuenta de mi experiencia como psicóloga, como acompañante y, especialmente, como investigadora en formación. Pues sólo a partir de dicha claridad, nada sencilla para mí, pude poner en valor las preguntas e hipótesis que construí tanto en mi camino previo, como durante la fase de docencia y en el desarrollo de esta investigación.

Si bien esta perspectiva me brindó contención y claridad frente a mis preguntas e hipótesis, la investigación feminista también me implicó afrontar retos importantes como el atreverme a proponer un concepto como el de barreras simbólicas para comprender el aborto voluntario; el escribir en primera persona o el incluir las voces de mis colaboradoras, en un intento de construir con ellas un tejido que ilustra tres experiencias particulares de aborto voluntario. Todo esto, sin la pretensión de construir una verdad frente al tema mencionado, sino desde el ejercicio genuino de una investigadora en formación quien planteó una pregunta donde otras personas quizá sólo veían cifras. De allí la potencia de que la Maestría en Estudios de la Cultura contemple diferentes posiciones críticas y la formación en *métodos de investigación feminista* (Harding 1987) capaces de desafiar y transformar los supuestos de neutralidad, objetividad y universalidad de los modelos hegemónicos de producción de teorías académicas y desde allí enriquecer nuestra comprensión del mundo y proporcionan nuevas formas de conocimiento.

Finalmente, a modo de provocación, me permito concluir con una reflexión sobre el lugar de las políticas culturales en la garantía del aborto voluntario como derecho pleno en Colombia. Considero que dicho lugar sólo será garante en la medida en que se logre ir más allá de la idea las políticas culturales como un acumulado de temas que folclorizan las identidades, y puedan ser comprendidas en su potencial para impactar en las formas de relación humana, lo cual va más allá del tema puntual del aborto y plantea como horizonte el respeto por la autonomía y los derechos de todas las personas. Como veremos en el desarrollo de esta investigación, la colectividad, las narrativas no punitivas ni culpabilizantes, la memoria y las representaciones culturales en pro del ejercicio de la autonomía reproductiva, aportan significativamente a la producción de capital simbólico que permite transformar los significados culturales asociados al aborto voluntario en particular y al mandato de reproducción en general.

## Capítulo primero

### Coordenadas iniciales de investigación

Las estructuras sociales en las que vivimos están ordenadas jerárquicamente bajo la figura del padre y desde ahí, definen lo político, lo público y el poder como el plano de lo masculino (Cabnal 2010; Federici 2018, 2022; Segato 2003, 2016). Las instituciones existentes dentro de estas estructuras, por tanto, responden a una organización de la vida que tradicionalmente ha excluido la experiencia de las mujeres del campo político por ser considerada como algo insignificante o secundario; de allí que a dicha experiencia se le haya asignado tradicionalmente un lugar en el plano de lo íntimo. Bajo el yugo de estas estructuras e instituciones a las mujeres se nos enseña que de ciertos temas no se habla, y si se habla, sólo se nos está permitido hacerlo en voz baja: historias ocultas, experiencias vergonzantes que deben ser condenadas a la represión y al silencio. Quizá uno de los ámbitos de la experiencia más silenciado en la vida de las mujeres sea el aborto voluntario; una práctica milenariamente conocida y de la que, sin embargo, resulta muy difícil hablar (Do Pico 2018).

En cada cultura, durante siglos, las mujeres hemos encontrado diferentes formas de controlar nuestra reproducción mediante la práctica del aborto y el uso de anticonceptivos. Existe literatura académica relevante sobre el uso de plantas abortivas en geografías y tiempos diferentes:

Algunos de los métodos más antiguos (de los que tengamos registro) datan del 500 a.C. Los abortivos son parte de una cultura de medicina herbal mantenida por mujeres durante miles de años. En la medicina popular germana se utilizaba orégano, tomillo, perejil y lavanda en forma de infusión o supositorio; en Persia, canela, alhelí y ruda. La raíz del helecho dentabrón era muy usado por mujeres francesas y alemanas. Por gran parte de la historia, las mujeres realizaban estas prácticas con la ayuda de curanderas, parteras del pueblo, o las llamadas “mujeres sabias”. (Do Pico 2018, 2)

Así mismo, se tiene conocimiento sobre el uso de plantas abortivas por parte de mujeres esclavizadas en la época colonial. Escritos como el de María Sibylla Merian en 1699, durante su estancia en Surinam –antigua Guayana Neerlandesa–, nos informan al respecto: “Los indios, a quienes sus amos holandeses maltratan, usan las semillas para abortar a sus hijos, para que no terminen convirtiéndose en esclavos como ellos” [texto adjunto a una imagen de la *Flos Pavonis*, conocida también como Clavelino] (Manthorne 2017).

De acuerdo con Cristina Burneo, investigadora feminista ecuatoriana, hasta los siglos XIII – XIV el aborto hacía parte del ejercicio de la sexualidad y del control del número de integrantes en la familia, sin intermediación estatal, religiosa ni jurídica.

El aborto se empieza a nombrar como tal en Occidente sólo a fines la Edad Media, esto es fundamental a la hora de comprenderlo como un concepto creado por la historia médica, religiosa y legal de Occidente. Aquí contribuyen la idea de pérdida, la idea de pecado y la idea de delito, y se trata de una construcción de los últimos siglos. Mientras la ciencia moderna comprende el aborto como una expulsión en período no viable de vida, el Estado y la Iglesia deciden usarlo a su servicio y moralizarlo (2016, 2).

El inicio de este proceso de creación del aborto como delito, pecado y pérdida, se puede comprender históricamente en el texto *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria* de la investigadora feminista Silvia Federici, donde la autora nos muestra cómo la expropiación de la autonomía reproductiva de las mujeres “sirvió para allanar el camino al desarrollo de un régimen patriarcal más opresivo” (2010, 26). Este régimen, capitalista, construyó y asignó los roles sociales en sus inicios mediante el uso de la máxima violencia e intervención estatal, imponiendo a las mujeres un mandato de reproducción y, con él, la asignación del trabajo doméstico y de cuidados (2018). A medida que el capitalismo se ha ido consolidando como modelo económico y social, ha adaptado sus estrategias de sometimiento, manteniendo el orden jerárquico y patriarcal que lo caracteriza.

Por otro lado, y aunque aparentemente esto no guarde relación con el tema, algunas investigaciones realizadas con roedores y primates han evidenciado la capacidad que tienen algunas especies para interrumpir su proceso de gestación cuando se presenta un cambio de macho dominante en el grupo, por ejemplo. Esto, debido al riesgo de que el nuevo macho mate a las crías que no son de su descendencia y a la necesidad de reproducirse prontamente con el nuevo macho para garantizar su subsistencia y la de sus nuevas crías. Este proceso fue documentado inicialmente por la bióloga Hilda Bruce en 1959 y recibió el nombre de efecto Bruce (ABC Ciencia 2012). Cito esto porque desde los estudios filogenéticos - rama de la biología que estudia el origen y evolución de los organismos- se ha hipotetizado con la posibilidad de que la especie humana haya heredado parte de las feromonas que provocan el efecto Bruce y por ende pueda ser una capacidad que, en algún momento de nuestro desarrollo como especie homínida, compartimos con los primates analizados. Lo que permitiría entender el aborto voluntario

como un proceso natural en el cuerpo humano, desmintiendo ciertos argumentos que lo califican como una práctica antinatural (Laborda 2012).

Comprender el carácter milenario y, posiblemente filogenético, del aborto voluntario nos permite reconocer que resulta imposible hablar de su origen, “invención” o descubrimiento. Sin embargo, sí es posible rastrear los diferentes significados que le han sido asignados en la historia y en diferentes culturas. Sustantivos tales como delito, derecho, libertad, obligación, pecado, entre otros, evidencian una forma distinta y particular de comprender el hecho del aborto voluntario, de lo que se desprende a su vez un discurso moral en torno a este hecho, que varía y se matiza entre las culturas; dando lugar a diferentes formas de significarlo y, por ende, de legislarlo. Solo en América Latina encontramos países como El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y República Dominicana donde el aborto voluntario está totalmente penalizado, y países como Argentina, Colombia, Cuba, Guyana, Guyana Francesa, México, Puerto Rico y Uruguay, donde está total o parcialmente despenalizado (Bergallo, Jaramillo y Vaggione 2018).

Es importante tener presente que la legalidad o ilegalidad del aborto no impide su existencia como práctica, esto se puede corroborar en diferentes estimaciones, como las realizadas por el Instituto Guttmacher (2022), organización internacional que se dedica a la investigación y promoción de políticas sobre salud sexual y reproductiva; la cual ha evidenciado la estrecha relación entre el aborto voluntario y la falta de políticas de salud sexual y reproductiva que ayuden a minimizar los índices de embarazos no intencionados que se presentan diariamente. De acuerdo con las estimaciones de esta organización, las tasas de embarazo no planeado y de aborto entre los países donde está penalizado y donde no, se distribuyen así:

Tabla 1  
**Estimaciones sobre embarazo no planeado y aborto del Instituto Guttmacher**

Contexto legal del aborto voluntario	Tasas de embarazo no planeado	Tasas de aborto
Legal en términos amplios	59%	41%
Permitido para preservar la salud de la mujer	75%	36%
Permitido solo para salvar la vida de la mujer	70%	36%
Prohibido totalmente	79%	39%

Fuente: Hoja informativa Instituto Guttmacher 2022

Elaboración: Propia

Estas estimaciones se deben leer teniendo en cuenta que en un contexto de legalización es de esperarse que haya un menor subregistro del número de abortos

realizados y que, por ende, se tengan mayores y mejores estadísticas frente al acceso a esta práctica. No obstante, se hace evidente la cercanía en las tasas de aborto entre los países donde está penalizado totalmente (39%) y donde está legalizado en términos amplios (41%), lo que demuestra que la penalización de esta práctica no garantiza su disminución. De acuerdo con el Instituto Guttmacher (2022) lo que varía entre dichos países es la prevalencia del aborto clandestino y potencialmente inseguro, la cual aumenta de manera directamente proporcional al nivel de criminalización de cada país.

Vemos entonces que la penalización del aborto voluntario no es una medida eficaz prevenir, disminuir o erradicar de la práctica del aborto voluntario. Sin embargo, su legalidad o ilegalidad influye directamente en las condiciones materiales en las cuales el aborto se lleva a cabo, condiciones que a su vez definen la salud, la integridad e incluso la vida de las personas que deciden abortar. Esta relación entre marcos legales restrictivos y clandestinidad ha sido ampliamente documentada, de allí que los comités de monitoreo de los tratados de derechos humanos a nivel internacional hayan manifestado públicamente su preocupación por los efectos negativos de la ilegalidad del aborto para la salud y la vida de las mujeres así como la necesidad de ampliar la mirada hacia las políticas de salud pública, sexual y reproductiva de cada contexto con el fin de comprender esta problemática desde una perspectiva más integral (Women's Link Worldwide 2007a).

Latinoamérica es la región con el marco legal más restrictivo y, al mismo tiempo, con la tasa estimada de aborto más alta del mundo (Instituto Guttmacher 2022). Como mencioné anteriormente, la criminalización de esta práctica está asociada a contextos carentes de políticas de salud que garanticen los derechos sexuales y reproductivos de las personas, lo que conlleva a índices más altos de embarazos no intencionados y, por ende, de abortos voluntarios; es precisamente en el contexto de la clandestinidad donde hay mayor posibilidad de que estos abortos “sean realizados en condiciones inseguras por proveedores de servicios sin la debida capacitación, así como de conducir tanto a complicaciones inmediatas como a consecuencias de largo plazo para la salud” (Instituto Guttmacher 2014, 3).

Se ha demostrado también que son las mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad para gestar<sup>1</sup> en situación de empobrecimiento, analfabetismo, movilidad

---

<sup>1</sup> La discusión que amerita el concepto de cuerpos gestantes será abordada con mayor detenimiento más adelante en esta investigación, por ahora, adopto la posición teórica, política y activista de la gestación, el aborto y la maternidad como experiencias no exclusivas de las mujeres biológicas.

humana y racializadas quienes con mayor frecuencia son llevadas a “autoinducirse un aborto o a buscar la ayuda de proveedores no capacitados para terminar sus embarazos” (3). Lo anterior demuestra la estrecha y productiva relación entre criminalización, clandestinidad, inseguridad del aborto y empobrecimiento sistemático de ciertos segmentos de la población; así como el fracaso de los Estados en la formulación de políticas destinadas a resolver un problema de salud pública de magnitud regional.

En el caso particular de Colombia, la legislación sobre el aborto voluntario ha tendido hacia su despenalización. Como vimos en la introducción, en 2006 la Corte Constitucional estableció tres causales bajo las cuales se puede acceder al derecho de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) sin incurrir en un delito; y en febrero de 2022 emitió la Sentencia C-055, que lo despenalizó totalmente hasta la semana 24 de gestación, estableciendo las tres causales de la IVE como requisito secundario para los casos de personas que superen dichas semanas de gestación. Estos avances en la legislación han ubicado al país a la vanguardia regional en materia de protección de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, se siguen presentando importantes barreras que dificultan el acceso a este derecho constitucional.

De acuerdo con el balance de los primeros cien días de la Sentencia C-055, una de las mayores dificultades para su implementación consiste en que las barreras de acceso y los vacíos que durante más de quince años experimentó el derecho a la IVE se están perpetuando en la nueva legislación. Entre las principales barreras de acceso al aborto voluntario identificadas se encuentran “la falta de información y de reconocimiento de este fallo, la interpretación restrictiva de lo establecido por la Corte y la ausencia de protocolos internos de atención de IPS y EPS<sup>2</sup> ajustados a la sentencia” (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y Fundación Oriéntame 2022, 7). Todo esto pese a que la Corte había solicitado implementación inmediata tanto para la sentencia C-355 en 2006 como para la C-055 ahora en 2022.

Lo anterior devela una gran brecha entre los derechos sexuales y reproductivos conquistados legalmente y la materialización de éstos en condiciones reales de acceso a un aborto voluntario. Brecha que se amplía o se disminuye para la persona que desee abortar en la interacción con variables como la clase social, el marcador racial, la

---

<sup>2</sup> En Colombia, las IPS son las Instituciones Prestadoras de Salud como hospitales, consultorios, entre otras. Mientras que las EPS son Entidades Promotoras de Salud, empresas regionales de sanidad que se encargan de administrar el servicio de afiliación en salud con base en los lineamientos del Ministerio de Salud.

orientación sexual, el nivel educativo, la ubicación geográfica, la condición migratoria, entre otras. Diferentes investigaciones han permitido identificar que el aumento de maternidades forzadas, abortos clandestinos, así como de las muertes y complicaciones médicas derivadas de los abortos inseguros son un problema de salud pública que responde a dos condiciones estructurales: el precario sistema de salud y el inadecuado lugar otorgado al sistema penal en temas de autonomía reproductiva (Instituto Guttmacher 2014; Bautista, Joseph y Martínez 2017). Estos dos problemas, al fusionarse en el acceso al aborto voluntario, nos ubican en polaridades de legalidad o ilegalidad funcionales al mundo de la clandestinidad.

Es así como se hizo evidente la necesidad de identificar otras posibles barreras en torno al aborto voluntario más allá de su dimensión legal y de las condiciones de acceso a éste como un derecho. Al respecto, diferentes investigaciones coinciden en el estigma social como una de las principales barreras; lo que ha motivado una gran apuesta por la desestigmatización social del aborto voluntario que ha sido llevada a cabo durante décadas por diferentes organizaciones feministas y de defensa de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y Fundación Oriéntame 2022; Bautista, Joseph y Martínez 2017; González y Bohórquez 2012). Es importante destacar que durante la crisis sanitaria y de salud generada por la pandemia del Covid-19 muchas de estas barreras se agudizaron y surgieron otras exclusivas de este contexto, como la falta de privacidad en casa o el desborde del trabajo doméstico y de cuidados que se traduce en falta de tiempo para la realización del procedimiento; situaciones que complejizaron el ya limitado acceso a IVE. Además, en este contexto de emergencia pública, el confinamiento se convirtió en un espacio propicio para diferentes situaciones de violencia sexual, lo que tuvo como consecuencia un aumento de embarazos no intencionados sin atención alguna (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres et al. 2021).

Si bien el Ministerio de Salud y Protección Social dio un paso significativo al seguir los lineamientos de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH 2020) y ordenar que los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la IVE, no debían ser suspendidos ni restringidos durante la emergencia sanitaria, pues los declaró como esenciales; según la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (en adelante, la Mesa), la prestación del servicio de IVE disminuyó en un 19.7% en comparación con el año anterior. El nivel de atención en salud que más se vio afectado fue el de baja

complejidad,<sup>3</sup> el cual es el único que se presta en las zonas rurales -en aquellas que cuentan con servicios de salud- (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres et al. 2021, 13-15). Esta situación prendió las alarmas de la Mesa y otras organizaciones nacionales e internacionales que trabajan por la defensa de los derechos humanos y la autonomía reproductiva de las adolescentes, mujeres, niñas y personas LGTBIQ+ de todo el país.

Dichas alarmas se materializaron en la campaña por la eliminación definitiva del delito de aborto del Código Penal colombiano, conocida también con el nombre de Movimiento Causa justa (en adelante, el Movimiento), el cual se planteó como objetivo demostrar que la despenalización por causales era “ineficiente, injusta con las mujeres y vulnera[ba] derechos fundamentales como la salud, la igualdad, la libertad y, sobre todo, que su existencia desconoce la ciudadanía de las mujeres que habitan el territorio colombiano” (Causa Justa 2020, 1). El Movimiento hizo público su manifiesto de lucha por la despenalización total del aborto voluntario el 16 de septiembre de 2020, el mismo día que radicó la demanda de inconstitucionalidad ante la Corte, y desde entonces no dejó de trabajar en su socialización, poniendo sobre la mesa la discusión sobre el aborto voluntario en diferentes contextos, bajo la premisa de que ninguna mujer debería ir a la cárcel por abortar.

Todo este trabajo colectivo tuvo como resultado la ya mencionada Sentencia C-055 de febrero de 2022, también conocida como Sentencia Causa Justa o fallo histórico, heredera de la militancia, el activismo y el trabajo académico e investigativo que desde los años setenta ha venido desarrollando el movimiento de mujeres en Colombia buscando “posicionar el discurso sobre la libertad para decidir sobre el cuerpo y la maternidad [como] una reivindicación principalmente feminista” (Barraza y Gómez 2009, 11). Así, en 2006, se logró la despenalización parcial de aborto voluntario mediante las tres causales. Lo anterior nos muestra que la apuesta por la desestigmatización social del aborto voluntario es una lucha que se viene caminando desde hace décadas desde diferentes frentes de acción, mostrando una creciente politización del tema del aborto

---

<sup>3</sup> El sistema de salud en Colombia clasifica a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) dependiendo de los recursos humanos, físicos y tecnológicos con los que cuenta para prestar sus servicios. Las instituciones que prestan los servicios más básicos de atención general y de Promoción y Prevención en salud, son clasificadas como de baja complejidad o de Nivel I; las instituciones que cuentan con servicios de medicina interna y especialidades como psiquiatría y cirugía general son consideradas como de mediana complejidad o del Nivel II; y como instituciones de alta complejidad o Nivel III son clasificadas aquellas que realizan procedimientos complejos y con uso de tecnología y personal más cualificados. En el caso específico de los procedimientos de aborto, estos son realizados en instituciones de mediana o alta complejidad.

voluntario en el país y una mayor interpelación al estado, por parte de la sociedad, frente a su papel en la prevención de las muertes, complicaciones de salud, encarcelamientos y demás vulneraciones asociadas a la criminalización del aborto.

Nos encontramos entonces frente a un contexto donde la despenalización total del aborto voluntario hasta la semana 24 se celebra y se reconoce como un hito en la jurisprudencia colombiana; pero se mantiene el sinsabor de quince años de fracaso con la despenalización parcial donde, de acuerdo con el Movimiento Causa Justa, en pleno 2020, sólo el 0,1% de los abortos se realizaban dentro del marco legal y de salud. Así mismo, cabe recordar que el balance de los primeros 100 días de la implementación del fallo histórico tampoco dejó un panorama muy favorable frente al acceso efectivo a un aborto legal, gratuito y seguro después de la Sentencia C-055.

Considero que esta tensión permanente se debe al hecho de que existe una dimensión del aborto voluntario que ha sido poco explorada hasta ahora y que hace referencia a su componente simbólico, es decir, a los significados que hemos construido y heredado culturalmente y que operan, de forma muchas veces inconsciente, en nuestra manera de entender el mundo. En palabras de Mara Viveros:

Formular una opinión frente al aborto es referirse indirectamente a aspectos fundamentales en la organización social como son los cambios que se desean o no en el campo de las relaciones entre hombres y mujeres, la familia, la maternidad, la responsabilidad individual y colectiva o la aplicación social de la ciencia. (1997, 3)

Lo anterior implica reconocer que nuestras concepciones sobre el aborto dan cuenta de nuestro horizonte moral, lo que se está o no permitido para tal o cual persona o segmento de la población de acuerdo con su marcador racial, de género, etario, socioeconómico, geográfico, entre otros. Además, la pregunta por el aborto voluntario nos ubica en primer plano frente a nuestras concepciones sobre la vida y la muerte, concepciones que quizá nunca hayamos tenido la oportunidad de pensar, lo que hace mucho más complejo su abordaje.

De acuerdo con María Soledad Varea Viteri, en su investigación *El aborto en Ecuador: Sentimientos y ensamblajes* (2018, 43-62), cuando los sentidos de la vida y la muerte están en juego, son las emociones, y no tanto el discurso científico o legal, las que guían tanto las discusiones públicas como las acciones políticas. Lo anterior le permitió a la investigadora distinguir dos niveles de discusión en los debates sobre el aborto en su país, uno proveniente de los estudios feministas, donde las preguntas estaban en términos de derechos y salud logrando permear las esferas públicas y privadas con este debate; y

otro proveniente de las religiones y algunas disciplinas médicas que pretenden dar una definición sobre el origen de la vida. Este reconocimiento del lugar preponderante de las emociones en los debates y decisiones públicas, nos deja claro que hay una dimensión que escapa a la racionalidad y en la que afloran, de manera casi inconsciente, esos otros significados sobre la vida y la organización social señalados inicialmente en la cita de Viveros.

Es justamente en este punto donde considero que se encuentra la principal limitación de la apuesta por la desestigmatización social del aborto voluntario, ya que no nos permite cuestionar los sentimientos que hemos heredado y asociado inconscientemente a este hecho. Desde el horizonte de la desestigmatización social, la pregunta de fondo parece apuntar al hecho de que como sociedad consideremos que la penalización es un castigo muy “severo” por el hecho de abortar, en lugar de cuestionar el por qué consideramos que el aborto voluntario es una práctica que se debería castigar o penalizar. Con esto no quiero decir que el análisis sobre la dimensión legal se deba dejar de lado; como dije anteriormente, dicha dimensión influye en las condiciones materiales en las cuales se llevan a cabo estos procedimientos, lo que se traduce en presencia o ausencia de garantías para la salud y la vida de las personas que deciden abortar. Mi propuesta consiste en una relectura de dicha dimensión, comprendiendo que la penalización es también un instrumento simbólico funcional a las estructuras que se benefician del estatus de delito asignado al aborto voluntario.

Desde este horizonte de sentido, propongo pensar el aborto voluntario desde la perspectiva de los estudios culturales y de género, con una mirada interdisciplinaria que permita “escudriñar a través de las representaciones, las ideologías, los discursos acuñados por las culturas y las prácticas de género” (Segato 2003, 14) para comprender la dimensión simbólica de esta práctica y dismantelar “el orden de la estructura que organiza los significantes en la vida social” (57). De acuerdo con la antropóloga Rita Laura Segato, dicha estructura obedece a un orden jerárquico que ha sido impuesto con base en valoraciones asimétricas entre lo femenino y lo masculino, y que devienen en condiciones de vulnerabilidad y exclusión para las mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad para gestar. Dicho orden, jerárquico, binario y heterosexista, imprime valoraciones en nuestro inconsciente mediante la *violencia moral* (107-27), un mecanismo de control eficaz, instaurador del patriarcado como norma y orden social que se ha sostenido durante siglos.

El feminismo marxista de Silvia Federici nos permitirá comprender la dimensión histórica de dicho orden jerárquico; desde sus textos: *El Calibán y la Bruja: Mujeres, Cuerpo y acumulación originaria* (2010); *Revolución en punto cero* (2013); *El Patriarcado del salario* (2018) e *Ir más allá de la piel: Repensar, rehacer y reivindicar el cuerpo en el Capitalismo contemporáneo* (2022) analizaremos la división sexual del trabajo como la base de un nuevo orden social fijado por la entrada y el fortalecimiento del capitalismo, el cual impuso para lo femenino un deber ser “que oculta la producción de la fuerza de trabajo bajo la cobertura de un destino biológico” (2010, 27). Dicho deber ser se ha naturalizado gracias a una serie de discursos e instituciones encargadas de crear sentidos en función de dicha división original, al punto de convertirse en un mandato de reproducción impuesto a las mujeres que, de no ser obedecido, se debe castigar severamente.

Este proceso de naturalización ha sido mucho más que la simple distribución de “funciones” basada en creencias sobre la biología femenina y masculina o sobre la religión. Es una verdadera invención e imposición de un mandato para las mujeres basado en la reproducción que ha implicado el disciplinamiento de los cuerpos y las mentes, mediante los mecanismos más violentos y deshumanizantes, entre los cuales se encuentra la llamada *caza de brujas* como acto de sangre inaugural del capitalismo europeo, aliado a su vez de la colonización y cristianización de nuestros pueblos (Federici 2010). Desde entonces, la vigilancia, el control y la sanción de la autonomía de las mujeres sobre su reproducción se convirtió en tarea de las diferentes instituciones sociales que dan estructura simbólica y justificación moral a dicho mandato. Y ha sido tan efectiva su naturalización que hoy en día sigue condenando a miles de personas a morir en la inseguridad de los abortos clandestinos, pese a los logros que como sociedad se han tenido para acceder a él de manera legal.

La investigación histórica de Silvia Federici nos permitirá comprender cómo la nueva perspectiva política, económica y social que introdujo el capitalismo, logró establecer al trabajo humano como “la principal fuente de acumulación y, en consecuencia, concebir al cuerpo como la condición para la existencia de la fuerza de trabajo y el principal elemento de resistencia a su utilización” (2022, 118-9). Es esta historia de la transformación del cuerpo en fuerza de trabajo y de la imposición del mandato de reproducción a las mujeres, la que nos permitirá acercarnos a las raíces de las barreras simbólicas propuestas en esta investigación.

Construir una posible definición de dichas barreras simbólicas en torno al aborto voluntario me implicó poner en diálogo elementos que no habían sido relacionados entre sí: por un lado, la idea de barreras simbólicas que ha sido fuertemente trabajada desde los estudios sobre la accesibilidad a diferentes bienes y servicios, especialmente para personas en condición de discapacidad; y que se centran en las creencias y significados que como sociedad hemos construido, que devienen en dificultades para acceder a dichos bienes o servicios. Y, por el otro, las barreras de acceso al aborto voluntario, ya identificadas en diferentes investigaciones, pero que han sido analizadas exclusivamente desde sus cualidades materiales. Desde esta perspectiva, las barreras simbólicas propuestas en esta investigación constituyen todas aquellas dificultades, limitaciones u obstáculos “invisibles” que nos encontramos las mujeres para ejercer de manera plena nuestra autonomía reproductiva.

Dichas barreras simbólicas están construidas cultural e históricamente y no requieren de ningún tipo de validación, pues se han sostenido y fortalecido gracias el orden patriarcal encarnado en una serie de discursos e instituciones cuya tarea consiste en disciplinar los cuerpos en función del ya mencionado mandato de reproducción. En este sentido, dismantelar y resignificar las barreras simbólicas construidas en torno al aborto voluntario, permitirá, a su vez, agrietar el mandato de reproducción que se encuentra en el núcleo de dichas barreras y proponer nuevas formas de narrar, representar y significar el aborto voluntario.

Intento desarrollar mi hipótesis sobre las barreras simbólicas en torno al aborto voluntario a la luz de las experiencias de vida de María Clara, Ginna y Mayra; tres mujeres cisgénero oriundas de Guadalajara de Buga (en adelante Buga), una ciudad ubicada en la zona centro occidental del departamento del Valle del Cauca, en el suroccidente colombiano. Cuenta con una población de aproximadamente 130.000 habitantes. Su geografía se extiende sobre las estribaciones de la Cordillera Central, lo que hace de Buga una ciudad constituida mayoritariamente por población rural: 98%, frente a un 2% que representa la población urbana.

Mis tres colaboradoras son contemporáneas entre ellas: Mayra tiene 32 años de edad, Ginna 35 y María Clara 36. En cuanto a las edades que tenían cuando vivieron sus experiencias de aborto, se hallan similitudes entre las edades de Ginna y Mayra, quienes tenían 21 y 22 años respectivamente; mientras que María Clara abortó cuando tenía 32 años. Sus historias de vida tienen una doble potencia; la primera y más evidente, constituyen el eje central que me permitirá establecer un diálogo entre el contexto legal,

las condiciones reales de acceso y los desarrollos académicos e investigativos con relación al aborto voluntario en Colombia. Y la segunda como ejercicio narrativo que permite poner en común experiencias que, como mencioné con anterioridad, han sido condenadas tradicionalmente a la represión y al silencio.

Hablar del aborto voluntario nos sitúa frente al poder político y terapéutico de la palabra, del nombrar, herramienta de la que hablaré con mayor detenimiento al finalizar el tercer capítulo de esta investigación y que me permitirá problematizar el lugar de las políticas culturales en la construcción de referentes simbólicos que faciliten la construcción nuevos significados sobre el aborto voluntario.

## **1. El inicio de una pregunta**

Mi interés por el aborto voluntario y su condición de realidad silenciada surge de mi experiencia como psicóloga en el Hospital San José en Restrepo<sup>4</sup> (HSJ-R), Valle del Cauca -Colombia donde trabajé durante los años 2017 y 2018. Allí, diseñé la Ruta y el Protocolo de Atención para la Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE del municipio. Esto me permitió brindar asesoría a mujeres que deseaban acceder a este derecho y realizar acompañamiento posaborto a quienes accedían a la IVE. Además, me implicó capacitar al personal sanitario frente a dichas Ruta y Protocolo, así como desarrollar estrategias de información para la comunidad en general sobre este derecho.

Es importante recordar que la Sentencia C-355 fue emitida en el año 2006, lo que de entrada evidenciaba casi once años de atraso por parte del HSJ-R en la implementación y garantía de la IVE, atraso que hasta ese momento era el resultado de un uso institucional del derecho a la objeción de conciencia,<sup>5</sup> situación que constituía un error. Este derecho sólo se concede a personas naturales, por lo que las instituciones no pueden solicitarlo; además, es otorgado solamente al personal médico que va a realizar el procedimiento de aborto como tal (COL Corte Constitucional 2006, 146), situación que no aplicaba para el

---

<sup>4</sup> Municipio ubicado a 45 minutos de Buga, sobre la cordillera occidental, en el centro del departamento del Valle del Cauca; su población es de aproximadamente 17.500 habitantes, quienes en su mayoría viven en zona rural.

<sup>5</sup> Derecho constitucional que permite a una persona negarse a acatar alguna orden o realizar algún procedimiento bajo argumentos éticos o religiosos. En el caso particular de la IVE, la Corte ha sido clara en indicar que “no se trata de poner en juego la opinión del médico entorno [sic] a si está o no de acuerdo con el aborto, y tampoco puede implicar el desconocimiento de los derechos fundamentales de las mujeres” (2006, 146) por lo que las instituciones de salud deben contar con personal médico a quien remitir inmediatamente los procedimientos de aborto en caso de presentarse algún caso de objeción de conciencia.

HSJ-R, ya que éste es una institución de baja complejidad y no cuenta con la capacidad técnica, tecnológica ni profesional para realizar este tipo de procedimientos.

La Ruta de atención para el HSJ-R consistía en un fuerte trabajo de promoción del derecho a la IVE y de prevención del aborto inseguro en el municipio de Restrepo; para su implementación fue necesario capacitar al personal médico, administrativo y de servicios generales de la institución, la idea era que todas las personas que trabajábamos en el hospital nos convirtiéramos en fuentes de información para quienes desearan abortar. Debido a que, como dije anteriormente, en el HSJ-R no se realizaban los abortos, la Ruta se activaba en dicho hospital, pero se debía solicitar la asignación de una institución de mayor complejidad para la realización del procedimiento. Esto implicaba que los instrumentos creados por mí contemplaran tres momentos, primero, una consulta médica general para diagnosticar el embarazo y las semanas de gestación con el fin de realizar la solicitud de IVE a la EPS; un segundo momento de pausa para que la persona solicitante acudiera a la institución asignada para el procedimiento de aborto; y un tercer momento para reactivar la Ruta brindando el acompañamiento psicológico posaborto.

Lo anterior implicaba, para algunas personas, innumerables problemas burocráticos que dilataban y a veces les negaban el acceso a la IVE; situación que se hacía mucho más compleja para las personas con una edad gestacional avanzada. Las demoras en las autorizaciones por parte de las EPS tenían consecuencias en dos sentidos: primero, había personas que desistían de la solicitud y optaban por realizar sus abortos de manera privada o clandestina o por seguir adelante con su gestación; y como segunda consecuencia, otras personas desistían del acompañamiento psicológico posaborto. Ambas situaciones impedían llevar una estadística real de los abortos que se realizaban en el municipio y se sumaban a otro problema estructural que era el alto subregistro del diagnóstico de aborto en las historias clínicas del hospital, lo cual dificultaba a su vez el diseño de estrategias más focalizadas que ayudaran a prevenir el aborto inseguro.

Considero pertinente detenerme un momento para ampliar a qué me refiero con un subregistro en los diagnósticos de aborto, ya que fue una situación que me permitió considerar otros elementos que dieron estructura a mis preguntas de investigación: en los primeros meses de implementación de la Ruta de atención para la IVE en el HSJR encontré una disonancia entre los diagnósticos registrados en el software que administraba las historias clínicas y los casos comentados en las reuniones de coordinación médica que se llevaban a cabo cada quince días en el hospital. Al percatarme de ello, empecé a abordar directamente al personal médico que yo sabía que habían

atendido algún caso de aborto con el fin de consultar por qué cambiaban el diagnóstico en las historias clínicas. Lo que encontré fue que, en muchos casos, las profesionales asumían que estaban “ayudando” o evitando algún problema legal y/o social a la persona que ha decidido abortar [y de paso al hospital] al cambiar el diagnóstico de aborto inducido o por otros diagnósticos. Lo anterior conllevó a que el área de Gestión de Calidad identificara otras situaciones donde se presentaban las mismas acciones e implementara las correcciones pertinentes.

Por otra parte, el impacto institucional que tuvo inicialmente la implementación de la Ruta no fue positiva. Muchas de mis compañeras y compañeros se negaban a asistir a las capacitaciones o asistían, pero al pedirles que hicieran parte de los canales de información sobre la IVE afirmaban abiertamente que no les iban a “alcahuetear a esas irresponsables”. Ante esta situación me vi en la necesidad de solicitar apoyo de la gerencia y el área de Gestión de Calidad del HSJR desde donde se empezó a dar más fuerza a la perspectiva de derechos y deberes del paciente. Poco a poco este trabajo fue dando frutos en la implementación de la Ruta sin que por ello dejara de evidenciarse ciertas reticencias por parte de algunas personas en el hospital. De igual forma, a nivel social, en el municipio de Restrepo, tampoco fue muy bien recibido este instrumento de atención para la IVE; algunos funcionarios de la alcaldía municipal le comunicaron al secretario de salud que, como padres de familia, no estaban de acuerdo con que esa información se impartiera en los colegios. Por fortuna, la secretaría de salud de Restrepo cumplió con el compromiso asumido<sup>6</sup> y trabajamos de manera conjunta en la socialización de la Ruta a nivel municipal.

De esta experiencia me interesaba profundizar en dos aspectos: el primero estaba relacionado con el papel de autoridad moral que mis compañeras de trabajo asumían frente al aborto, independientemente del cargo que ejercieran. Esto me causó las dificultades antes descritas y me llevó a intuir que, frente al aborto voluntario, el personal de salud actuaba con una *investidura*, invisible pero importante, que les hacía sentir que podían actuar como jueces y obstaculizar el acceso de las personas a su derecho a la IVE, a pesar de que existía una sentencia que regulaba dicho acceso. El segundo punto que me interesaba profundizar tenía que ver con la tensión que logré identificar en las usuarias

---

<sup>6</sup> Al ser una institución pública, el HSJR debe diseñar y ejecutar muchas de sus acciones de Promoción y Prevención en colaboración con la Secretaría Municipal de Salud. A estas actividades conjuntas se les denomina Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), son gratuitas y están dirigidas a la totalidad de la población, independientemente de su estado de aseguramiento y/o condición migratoria.

que accedían a la IVE, una tensión que oscilaba entre la liberación y la culpa. Aunque muchas mujeres que habían podido interrumpir su embarazo afirmaban que se habían “quitado un peso de encima”, también sentían vergüenza por dicho sentimiento, creían que debían sentirse mal, aunque no sabían muy bien por qué.

La profundización de estos cuestionamientos me llevó a comprender la importancia de una mirada integradora, como la que propuse en el apartado anterior, que, desde los estudios culturales y feministas, permita comprender a la investidura, la culpa, el trauma y la vergüenza como algunas de las formas de las manifestaciones de las barreras simbólicas en torno al aborto voluntario para obstaculizar nuestra autonomía reproductiva y proteger el mandato de reproducción antes mencionado. Este tema lo retomaré con más detalle en el capítulo dedicado específicamente a las barreras simbólicas en torno al aborto.

## **2. Discusiones previas**

En primer lugar, considero importante aclarar que comprendo que no todas las personas que tienen ovarios y útero, es decir capacidad para gestar, se identifican bajo la categoría “mujeres”, en este sentido, las reflexiones sobre el embarazo, el aborto y la maternidad deberían cobijar una diversidad sexogenérica más amplia de la que puedo convocar con esta investigación. Por lo anterior, y teniendo en cuenta que todas mis colaboradoras son mujeres cisgénero, para efectos de análisis, limito mi investigación a la práctica del aborto voluntario en mujeres cisgénero en Colombia y asumo esta particularidad dentro del lugar de enunciación desde el cual oriento mis reflexiones; esto se traduce también en un intento de escribir en lenguaje no binario o en femenino según sea el caso durante la investigación. En cuanto a las citas de textos y de las historias de vida he decidido mantener el uso genérico que cada autoría haya decidido emplear.

Como segundo punto, quiero resaltar que parto de la definición de aborto adoptada por la OMS (2012), la cual indica que éste es la interrupción del desarrollo del embrión durante su gestación. Técnicamente existen dos tipos de abortos en la especie humana: el *espontáneo* o *natural* y el *inducido*. El primer tipo remite a aquellos abortos que ocurren por causas endógenas, es decir, por características propias del medio intrauterino, lo cual los hace ajenos a la voluntad de la persona gestante. El segundo tipo hace referencia a aquellos abortos que son producto de una acción externa e intencionada para interrumpir su gestación. De acuerdo con el tipo de procedimiento empleado, el aborto se clasifica en

quirúrgico y médico; este último consiste en la administración de medicamentos para terminar el embarazo. Dentro del grupo de los abortos quirúrgicos encontramos:

1) La Aspiración Endouterina al Vacío, que consiste en la “evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica o de metal unida a una fuente de vacío [que puede ser manual o eléctrico]” (40). Este procedimiento es recomendado por la OMS debido a que es el más seguro, económico y sencillo; además cuando se realiza de manera manual, la Aspiración Endouterina puede llevarse a cabo de manera ambulatoria en las IPS de Primer Nivel.

2) La Dilatación y Evacuación (DyE) es el segundo procedimiento recomendado por la OMS, se utiliza en los casos de edades gestacionales avanzadas, “requiere la dilatación previa del cuello uterino con dilatadores osmóticos o agentes farmacológicos y la evacuación del útero mediante Aspiración al Vacío Eléctrica” (40); y

3) La Dilatación y Curetaje (DyC), que “implica dilatar el cuello uterino con dilatadores mecánicos o farmacológicos y usar curetas de metal filosas para raspar las paredes del útero” (41). Es el procedimiento de aborto quirúrgico más popular en el país y la región; sin embargo, la OMS insiste en que debe ser reemplazado por los otros dos procedimientos antes descritos, ya que la DyC es comparativamente más insegura, dolorosa y cuenta con más índices de complicaciones médicas.

Vale mencionar que el tipo de procedimiento más adecuado para la realización de un aborto dependerá de las semanas de gestación de la persona que decida abortar, así como de sus condiciones físicas y antecedentes médicos. Es importante tener en cuenta que, de todos los procedimientos antes descritos, sólo el aborto con medicamentos y la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) se pueden realizar en instituciones de Primer Nivel de atención en salud; ya que los otros procedimientos de aborto quirúrgico requieren de un quirófano y la administración de anestesia. Sumado a esto no todas las IPS de Primer Nivel cuentan con la capacitación técnica para la realización de estos procedimientos, lo que va reduciendo aún más el rango de cobertura en la prestación de este servicio a nivel nacional.

Finalmente, considero pertinente indicar que en este documento mis reflexiones se centran exclusivamente en el aborto voluntario; esto, en coherencia con las constataciones teóricas, enunciadas en el apartado anterior, que indican que lo que se ha perseguido, prohibido y condenado durante siglos del aborto voluntario no es la “pérdida” de un potencial de vida en sí, sino la capacidad de ciertos sectores de la población de ejercer voluntad sobre los medios de reproducción de la vida (Federici 2010, 2013 y

2018). No obstante, reconozco otras dimensiones del problema, como los abortos inducidos en situaciones de privación de la libertad o en contra de la voluntad de la persona gestante, situaciones que junto con la anticoncepción y esterilización forzadas constituyen formas de violencia reproductiva que en Colombia, además de presentarse en la vida cotidiana, han sido regla de manual en el marco del conflicto armado tanto para las combatientes al interior de los grupos armados, estatales y no estatales, así como para mujeres civiles bajo control armado. De allí que en el marco de la Justicia Especial para la Paz (JEP)<sup>7</sup> este tipo de violencia reproductiva se haya reconocido como un crimen de guerra que requiere análisis, justicia, reparación y un compromiso de no repetición (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres 2020).

De igual forma, dejo señaladas las discusiones teóricas, científicas y sociales generadas por la industria de la reproducción asistida de la vida, especialmente en sus métodos de fecundación en vitro, procedimiento que implica el posterior descarte de los embriones que no participan del proceso de fecundación. Estas clínicas de fertilidad cuentan, generalmente, con todo un discurso publicitario y de mercado que logra salvar a la industria de la condena social y moral que generalmente deben cargar las personas que deciden abortar.

[En] Las clínicas de fertilidad asistida hay varios óvulos inseminados. ¿Esos no son personitas? Son las personitas cuando están afectando la vida de una mujer. Algunas células son personitas cuando están en una panza femenina, pero cuando están en una probeta de una clínica de inseminación asistida, eso no tiene alitas, no es angelito. En esas clínicas el lujo es enorme. Ahí realmente se manejan capitales. Un lucro considerable en sus cuentas, así como los laboratorios son grandes usinas de capital. (Segato en Greco 2019, párr. 33)

Coincido con las perspectivas críticas que plantean que estas industrias, al ser funcionales al capitalismo y al poder, cuentan con un estatus social que lejos de ser cuestionado, se ve como una fuente de defensa de la vida. Sin embargo, realizo aquí mi recorte de investigación, pues considero que tanto el aborto forzado como la reproducción asistida requieren otro tipo de esfuerzo conceptual y metodológico que sobrepasa el perímetro de este estudio.

---

<sup>7</sup> Sistema de justicia transicional implementada en el marco de los Acuerdos de Paz establecidos entre el gobierno nacional la ex guerrilla de las FARC-EP, por medio del cual se investiga y juzga a los integrantes de dicha organización, así como a los miembros de la Fuerza Pública y terceros que hayan participado en el Conflicto armado interno en Colombia (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres 2020).

### 3. El tipo de trabajo realizado

Mi apuesta metodológica para esta investigación estuvo centrada en historias de vida construidas a partir de entrevistas semiestructuradas realizadas a tres mujeres que abortaron de manera voluntaria. Inicialmente, mi intención era realizar este trabajo de campo con las personas a quienes asesoré y acompañé años atrás en el HSJ-R y que ayudaron a gestar mis preguntas iniciales, pero solo me fue posible contactar con tres de ellas, dos de las cuales se negaron a participar en esta investigación por falta de tiempo. La tercera persona en mención es María Clara; conocí su historia de aborto años atrás y participó en algunas de las capacitaciones que orienté en el marco de la implementación de la Ruta de atención para la IVE en el HSJR. Así mismo, he tomado herramientas de la epistemología feminista que me permiten poner en valor las experiencias y cuestionamientos que construí en mi experiencia profesional y problematizarla como un objeto de investigación académica. De acuerdo con la filósofa y teórica Sandra Harding (1987), esto implica reconocer y cuestionar nuestros propios sesgos y supuestos, así como los contextos sociales, políticos y culturales en los que se produce el conocimiento. es esta predisposición a la reflexividad y la autoconciencia en la investigación académica, la que permite la construcción de un conocimiento más equitativo y comprensivo, que refleje la diversidad de experiencias y voces en la sociedad.

Ante la situación de solo contar con una persona conocida del periodo descrito para la realización de mi trabajo de campo, decidí acercarme a la oficina de Gestión de Calidad del Hospital Divino Niño de Buga (HDN), un hospital de tercer nivel de complejidad que incluye el servicio de IVE en el marco de las Rutas y Protocolos de atención en salud sexual y reproductiva. La jefe de calidad, Luz Adriana Echeverry me puso en contacto con la psicóloga Sandra Mora, coordinadora del programa de seguimiento a la IVE. Con ella acordé la realización conjunta de cinco talleres posaborto en el marco de las actividades del área y que me servirían de introducción para la convocatoria para las entrevistas.

un hospital de tercer nivel de complejidad que incluye el servicio de IVE en el marco de las Rutas y Protocolos de atención en salud sexual y reproductiva. La jefe de calidad, Luz Adriana Echeverry me puso en contacto con la psicóloga Sandra Mora, coordinadora del programa de seguimiento a la IVE. Con ella acordé la realización conjunta de cinco talleres posaborto en el marco de las actividades del área y que me servirían de introducción para la convocatoria para las entrevistas.

Los talleres fueron programados para realizarse de manera mensual el primer viernes de cada mes a las cuatro de la tarde, iniciando el 3 de abril de 2020. En el primer encuentro contamos con la participación de siete mujeres de Buga, de un total de diecinueve convocadas. Trabajamos el tema de los derechos sexuales y reproductivos y avanzamos a la discusión sobre el aborto voluntario; las participantes se conocían entre sí, evidenciaron sus conocimientos sobre el marco legal y se mostraron cómodas ante la dinámica propuesta, lo que daba cuenta de un trabajo previo, en cumplimiento con lo establecido en la normativa del HDN.

Debido a las medidas de confinamiento establecidas por el gobierno colombiano, producto de la pandemia del SARS-CoV-2, los talleres fueron suspendidos, lo que implicó un cambio de estrategia en la convocatoria para las entrevistas: decidí llamar a las personas que asistieron al taller con el fin de invitarlas a hacer parte de esta investigación. De las siete mujeres del listado de asistencia contacté con cinco, una se negó directamente a participar, dos tuvieron problemas de conexión que nos impidieron culminar las entrevistas y las otras dos personas son Ginna y Mayra.

Las tres mujeres vivieron sus experiencias de aborto voluntario en diferentes circunstancias: Ginna abortó en una clínica clandestina en Tuluá [una ciudad cercana a Buga], y cuatro días después, tuvo que ser llevada de urgencia al HDN debido a que le hicieron una perforación en su útero durante el procedimiento, lo que le generó una hemorragia. Mayra abortó usando pastillas y tuvo que asistir al HDN para que le terminaran el procedimiento. María Clara accedió al servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo – IVE, en una clínica privada en la ciudad de Cali, ubicada a dos horas de distancia de Buga. Mayra y Ginna son amigas; de hecho, fueron cuñadas durante varios años. Coinciden además en que ingresaron al servicio de urgencia del HDN por dificultades con sus procedimientos de aborto y son compañeras en los encuentros posaborto, que realiza el área de salud sexual y reproductiva de dicho hospital.

Para las entrevistas realizamos cuatro encuentros mediante videollamadas de WhatsApp de aproximadamente 30-45 minutos de duración, durante dos meses. Debido a que la aplicación para nuestros encuentros no cuenta con el servicio de grabación de llamada, tuve que usar una grabadora de voz como apoyo técnico. Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad y compartidas con cada una de mis colaboradoras en un quinto encuentro con el fin de construir un documento participativo. Con el fin de garantizar la privacidad y confidencialidad de las entrevistas, estas fueron concebidas como espacios seguros de conversación donde cada una de mis colaboradoras participó de manera libre

e informadamente. Desde el inicio de los encuentros diligencié con ellas el consentimiento informado de la investigación donde se registraron los seudónimos por ellas elegidos y se dejaba claro que estos se mantendrían durante todas las fases de la investigación, incluido el informe final; de igual forma se especificaba que ellas podían decidir no responder alguna pregunta, no ahondar en ciertas temáticas o abandonar la investigación en el momento en que así lo desearan. Por fortuna no se presentó ninguna de las situaciones enunciadas.

Finalmente, realizamos un sexto encuentro virtual grupal el día 25 de octubre de 2022 con el fin de compartir con ellas la versión final de sus historias de vida, recibir sus comentarios y correcciones al respecto, así como de conversar un poco sobre los aprendizajes, las preguntas y las certezas después de leer sus historias relatadas por mí. La modalidad del encuentro fue elegida por María Clara, debido a que Ginna y Mayra ya se conocían y no tenían preferencia frente a si se realizaba virtual o presencial; de igual forma María Clara solicitó mantener su seudónimo para dicho encuentro y permanecer con su cámara apagada. Ginna y Mayra, por su parte, mantuvieron sus seudónimos y estuvieron con sus cámaras encendidas durante todo el encuentro. Al final, como gesto de confianza y complicidad con sus compañeras, María Clara decidió encender su cámara, revelarles a sus compañeras su verdadero nombre y profundizar un poco en su historia de vida. Este gesto estuvo acompañado por Ginna y Mayra, quienes también revelaron sus nombres y contaron los motivos por los que eligieron sus seudónimos.

Considero que este gesto realizado por María Clara nos brinda una oportunidad para reflexionar sobre la importancia de construir espacios seguros donde podamos compartir nuestras experiencias de aborto, ya que, como dije al principio del capítulo, dichas experiencias están condenadas al silencio. Lo anterior constituye el principio de una revolución simbólica que nos permitirá resignificar culturalmente el aborto voluntario. Desde esta perspectiva, apuestas como los encuentros posaborto, que desde hace décadas han venido realizando agrupaciones de mujeres y feministas en diferentes lugares del mundo, logran colectivizar la experiencia del aborto voluntario con el fin de disminuir la carga afectiva y simbólica que existe con relación a la autonomía sobre nuestro cuerpo; carga que venimos arrastrando desde hace siglos y que responde a las estructuras poder patriarcal que han impuesto sobre nosotras innumerables barreras simbólicas entorno a nuestra autonomía reproductiva.

Esta observación tiene un carácter metodológico, como es notorio: durante mi reflexión sobre cómo desarrollar esta investigación, la importancia sobre el relato fue

siempre central. Aquí es donde confluyen marcos culturales, teóricos y provenientes de la psicología que me han permitido trabajar interdisciplinariamente para ampliar las miradas sobre el aborto voluntario y no limitar su análisis a lo médico y lo legal. El relato, el nombrar, la memoria y las narrativas sobre el aborto voluntario nos permiten mirar las barreras simbólicas, y esto nos permite a la vez interrogarlas. En este sentido, el trabajo académico, literario y autobiográfico de autoras como Florence Thomas en *Había que decirlo* (2010) constituyen un aporte fundamental en esas dos vías: por un lado, permite ver la experiencia representada en una tercera persona, lo que facilita proyectar la experiencia propia y la identificación de barreras simbólicas. Y, por otra parte, permite cuestionar y construir nuevos significados en torno al aborto voluntario, gracias a su lenguaje cercano y no estigmatizante.

Son estas otras formas de narrar la experiencia de aborto, que, sin negar, ni romantizar el dolor, las dudas o las dificultades que se presentan, logra que las demás personas puedan empatizar desde su propia vivencia. Vivencia que, al compartirse con otras personas, nos permiten sentirnos seguras y reconocer, como lo hizo María Clara, que “esta es una experiencia que nos toca a todas, ahora me acuerdo de mí [su experiencia de aborto] y pienso en ellas [Ginna y Mayra] también, en cómo les tocó y sabes entonces que no estás sola, no estuviste sola, en realidad, a muchas nos toca” (2022, conversación personal).

De acuerdo con Marcela Lagarde, cuando se “tiene una buena base cultural para vivir el aborto con legitimidad ética, interrumpir un embarazo no es tan desgarrador como para quienes lo viven desde la cultura moral del pecado y del delito” (En Castañeda 2003, 34). Esta afirmación nos permite, en primer lugar, interpelar el discurso provida que ha intentado imponer la idea de trauma, de culpa y pesadillas asociadas al aborto voluntario. Diversos estudios sobre la relación entre salud mental y aborto voluntario (Grupo Médico por el Derecho a Decidir 2011; La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres 2019) han mostrado que lo verdaderamente difícil de experimentar son las precarias condiciones en las cuales los procedimientos de aborto se llevan a cabo y las diferentes violencias y barreras que se experimentan en el acceso dicho procedimiento. En ese sentido hacen un llamado a evitar la vulgarización de conceptos importantes para la psicología y la psiquiatría como lo son la idea de complejo o de trauma.

Si bien la presente investigación no está enmarcada en el campo de la psicología, considero importante reconocer que tanto mis preguntas de investigación como la mirada que desarrollo en mis hipótesis también están atravesadas por mi formación previa como

psicóloga cultural; referente epistémico que me ha permitido comprender que la subjetividad humana se construye en imbricación con sus códigos culturales, lo cuales están situados temporal, histórica y lingüísticamente constituyendo “una multitud de nociones y prescripciones, [y] prohibiciones específicas” (Tenorio 2000, 13) desde las cuales comprendemos y habitamos el mundo. De allí que mi abordaje de las barreras en torno al aborto voluntario planteara la pregunta por lo simbólico y no por lo “meramente” psicológico o patológico.

Por otra parte, desde la mirada de la Psicología Cultural es importante comprender el peso simbólico con el que cuenta la psicología como disciplina; peso por el cual se le atribuye validez y credibilidad a nivel social, de salud y académico. Lo que me permite ser crítica ante las ocasiones en que esta disciplina ha operado al servicio del aparato estatal reproduciendo discursos que vulneran los derechos humanos y la autonomía reproductiva de las mujeres. Desde esta perspectiva, considero que el artículo de Silvia Federici *Con filosofía, psicología y terror. La transformación de los cuerpos en fuerza de trabajo*, incluida en su compilación *Ir más allá de la piel. Repensar, rehacer y reivindicar el cuerpo en el capitalismo* (2022) nos brinda un análisis muy interesante sobre las funciones de la psicología como “ortopedia” social que operaba mediante escalas, mediciones y teorías que justificaban el racismo y la misoginia de la época. Además, nos permite comprender el papel de la psicología a finales del siglo XIX en la construcción de una idea de cuerpo-máquina al servicio del capital y en el “disciplinamiento de la sexualidad de la clase trabajadora y, particularmente, de la sexualidad de las mujeres de clase trabajadora” (124).

“Des-psicologizar” o “des-trumatizar” la experiencia del aborto voluntario nos permite entonces situarlo como un tema de género y salud pública donde el estado debe asumir su papel en la garantía de este derecho y disminuir la carga negativa asociada a una falsa idea de trauma y culpa; lo que permitirá comprender también el problema de la maternidad no deseada y las consecuencias del embarazo en adolescentes situaciones que en Colombia siguen en aumento (Instituto Guttmacher 2022). Finalmente, considero importante resaltar la crítica que plantea Silvia Federici quien afirma que “la limitación de la lucha por el aborto estuvo en que no persiguió hacer posible que todas las mujeres tuviéramos los hijos que quisiéramos” (2022, 50). Este llamado que realiza la investigadora implica no ser miopes ante el poder que tiene el capital para decidir qué cuerpos pueden y cuáles no pueden reproducirse. Promover espacios de investigación y reflexión sobre la esterilización forzada y la criminalización del embarazo como la otra

cara de la moneda de la lucha por nuestra autonomía reproductiva, aparece entonces como una necesidad imperante.

En este sentido, se hace evidente la necesidad de interpelar también las políticas culturales en tanto potencial de una “producción de capital simbólico que amplíe esta idea del aborto voluntario y permita explorar nuevas formas de hablar y de posicionarnos frente a él, así como de representarlo” (Burneo 2019, comunicación personal). Como veremos en el tercer capítulo de esta investigación, lo anterior implicará cuestionar el lugar de las Políticas Culturales como mero estandarte del espectáculo y el entretenimiento, para empezar a “amplia[r] la comprensión social de la cultura y el arte en su capacidad cuestionadora e imaginativa para la invención de otros modos de vida” (De la Vega 2020). Modos de vida mucho más equitativos, donde el acceso a los derechos fundamentales no esté atravesado por condiciones de privilegio y exclusión de ciertos sectores de la población.



## Capítulo segundo

### **Ginna, María Clara y Mayra, tres caminos hacia un aborto voluntario**

Como mencioné en el capítulo anterior, diversos estudios se han propuesto encontrar, definir y prevenir los obstáculos y dificultades que enfrentan las adolescentes, mujeres, niñas y personas con capacidad para gestar a la hora de solicitar un servicio de aborto voluntario en Colombia. En varios de dichos estudios es común encontrar que estas dificultades han sido agrupadas bajo el término de barreras. Si bien dicho término no requiere de una mayor explicación, vale señalar que el Diccionario de la Real Academia Española (RAE) lo define como: “Valla, compuerta, madero, cadena u otro obstáculo semejante con que se cierra un paso o se cerca un lugar”. Considero que el uso de este término constituye una herramienta importante para conocer las condiciones reales de acceso al aborto voluntario, permitiendo identificar, definir y caracterizar las diferentes dificultades que se presentan en este proceso, así como construir estrategias que ayuden a la disminución de dichas barreras.

Quisiera llamar la atención nuevamente sobre la definición del diccionario antes citada. Una valla, un obstáculo, son colocados por alguien, construidos o dispuestos por obra de una voluntad, de un proyecto o un plan. Si el origen de las barreras no es visible ni refiere a quien las ubica o construye, puede considerarse que son naturales, sempiternas. Esta naturalización de las barreras de acceso al aborto voluntario dificulta su identificación y termina replicando lugares de exclusión y vulneración para las personas que desean abortar. Propongo entonces ampliar la definición del diccionario para resaltar justamente el carácter intencional e impuesto de las barreras que estamos estudiando. Las barreras en torno al aborto voluntario serían entonces todas aquellas dificultades y obstáculos impuestos social, cultural y políticamente para impedir el ejercicio pleno de la autonomía reproductiva de las adolescentes, mujeres, niñas y personas con capacidad para gestar.

Uno de los trabajos más completos y comprometidos en la identificación y eliminación de barreras en el acceso al aborto voluntario ha sido realizado por la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres quienes proponen una categorización de las barreras de acceso al aborto voluntario en cinco indicadores: “Desconocimiento del marco legal; interpretación restrictiva del marco legal; fallas en la prestación del servicio de salud;

fallas de los profesionales de la salud y fallas administrativas” (La Mesa y Fundación Oriéntame 2022, 7-9). A continuación, me dispongo a narrar las experiencias de aborto voluntario de Ginna, María Clara y Mayra, tres mujeres que aceptaron acoger mis preguntas de investigación, con el fin de comprender cómo se materializan algunas de estas barreras en la vida de las personas a la hora de acceder a un aborto voluntario, así como sus imbricaciones y entrecruzamientos con las diferentes desigualdades y violencias que devienen de la ocupación de una o varias identidades vulneradas como lo son la situación de pobreza, la racialización, el analfabetismo, entre otras.

El tejido que presento a continuación estructura las historias de vida de Ginna, María Clara y Mayra con base en tres dimensiones: inicialmente encontramos aspectos generales de sus vidas como sus condiciones socioeconómicas, sus edades, ocupaciones, entre otras características. Seguidamente se narran las situaciones asociadas al embarazo no deseado que cada una de ellas decidió interrumpir. Finalmente, describo las posibilidades y dificultades de acceso tanto a la información como al procedimiento de aborto que se realizaron.

## **1. Primera historia, Ginna**

Ginna es una mujer cisgénero de la ciudad de Buga, tiene 35 años de edad, es trabajadora independiente y madre cabeza de hogar. Actualmente vive con su hija y una prima con quien tiene un emprendimiento de fabricación y venta de velas y veladoras. Su experiencia de aborto la vivió en el año 2008, con su segundo embarazo, el cual fue producto de violencia sexual perpetrada por quien era su cónyuge en ese momento.

Yo me acuerdo mucho que eso fue para un Día de la Madre, estaba Sarita pequeña, como de un añito apenas y nosotros habíamos peleado. Por ese tiempo él ya se estaba poniendo como más agresivo otra vez y yo la verdad me quería ir de ahí. Lo que más me ponía a pensar era mi niña, que estaba pequeña, y yo no tenía quién me la cuidara para ponerme a trabajar y eso. Pero pues celebraron el Día de la Madre ahí en la casa de la abuela de él, y trago por aquí, trago por allá; el caso es que yo ni me acuerdo bien cómo pasó todo, lo único que recuerdo es que de un momento a otro yo siento como un ardor y un dolor bajito y yo como que me despierto y lo veo a él encima mío y yo con la blusa toda desacomodada y sin el pantalón y era que él ya había acabado. Cuando le pregunto que qué pasó me dice que era nuestra reconciliación y yo le reclamé y me le enojé porque ¿qué clase de reconciliación es esa donde uno no se da ni cuenta de lo que pasa?

Pese a que Ginna deseaba alejarse de ese contexto de violencia, su falta de independencia económica y de redes de apoyo se lo impedían; la agresión física,

psicológica y moral a la que fue sometida escaló al punto de requerir la protección de terceros y de instituciones como la policía y la fiscalía.

Lo que pasó fue que nosotros nos la pasábamos peleando todo el tiempo, sobre todo por lo que él me hizo, a mí desde eso él se me salió completamente, pero el dilema era lo que te decía de la niña ¿quién me la iba a tener mientras yo trabajara? Entonces pues nada, yo seguía ahí. Y justo el día que me di cuenta de que estaba embarazada, resulta que a este desgraciado le da por ponerse a tomar, ¡ah! Yo me sentía tan mal, con tanta ira, que me fui a sacarlo de allá, pero como él estaba así de borracho, mija, se mete que emputada y barrió la calle conmigo, tanto que los vecinos llamaron a la policía y se lo llevaron a él para la estación y a mí para la fiscalía.

Como es frecuente en estos casos, las situaciones de violencia que vivía Ginna en la conyugalidad estaban engranadas con otros tipos de vulneraciones como son el aislamiento, la dependencia económica y el constreñimiento de su derecho a la anticoncepción, lo que la hacía mucho más vulnerable a un embarazo no deseado.

No mami, ese man no me dejaba planificar y eso era una película muy áspera con él. Yo lo que hacía era que, al escondido de él, yo iba juntando así de lo que me quedaba del mercado o lo que veía por ahí para comprarme la inyección de los tres meses, que era la misma que me habían mandado en el hospital cuando recién tuve a Sarita y me la aplicaba donde una señora de confianza

El caso de Ginna ingresó al sistema penal debido a los diferentes tipos de violencia vividos; sin embargo, la atención recibida careció de acompañamiento y de información suficiente para garantizarle un acceso efectivo y seguro a su derecho a la IVE.

Allá [en la fiscalía] me tocó una médico legista muy amable y muy buena, hablamos como dos horas y cuando yo le conté cómo había sido lo de mi embarazo, ella me dijo que podía abortar legalmente en el hospital. Pero la alegría fue momentánea, mija, porque ahí empezó el suplicio mío, cuando yo fui a ese hospital con la denuncia y primero un problema para que me dieran la cita y ya cuando por fin fui a que me atendieran, ese doctor de allá me negó el aborto. Dijo que él no era un carnicero y que eso era un delito; que viniera la doctora que me había dicho eso y que me lo sacara ella.

La negación del servicio por parte del médico fue tan contundente que Ginna desistió de la idea de poder abortar dentro del sistema de salud, esto, sumado a la falta de información sobre el marco normativo que regulaba la IVE, la condujeron a poner en riesgo su vida en el marco de la clandestinidad.

No mami, la verdad yo estaba muy agotada con todo eso y yo necesitaba salir de esa situación pronto, y uno sabe cómo es el sistema en este país, eso es un complique y más una demanda ¡no mami! Por eso cuando mi hermana me dijo que donde el doctor Aluma, yo dije que de una, eso yo la plata me la rebusco de donde sea, pero de que me lo hago, me lo hago [...] Eso fue todo un dilema porque, como hemos conversado, eso es muy

difícil de hablar, eso no es algo que vos digás en el almuerzo familiar ‘ve es que quiero abortar’ o ‘necesito un aborto, ¿saben dónde puedo ir? No, eso es un volteo muy áspero. Y cuando me negaron la atención en el San José, ¡no!, eso me pegó una desanimada mortal, no, yo no sabía qué hacer. Yo estaba desesperada y entre más pasaban los días peor, tenía miedo de que se me notara. Pero yo la tenía clara, que yo no lo quería tener y no lo quería tener, y punto. Yo hasta le dije a Yuli [su hermana] ‘así sea con matas, con un gancho o con lo que sea, pero me lo saco’, y pues por eso ella me ayudó a buscar, ella sabía que yo estaba más que segura. Fue ella la que me averiguó lo del doctor Aluma, que era en Tulúa y que valía tanto. Ella fue la que me acompañó ese día.

En dicho contexto de clandestinidad, la falta de recursos económicos fue evidente para Ginna, lo que hizo mucho más dramática su situación; frente a sus posibilidades de pagar su aborto clandestino, ella afirma que:

No, jum ¡de dónde mami por dios! Ese fue otro inconveniente grande. Yo era ama de casa, yo toda la plata que recibía era lo que él me daba para la comida. A mí me tocó empeñar una cadena y el anillo de grado y además prestar a un gota a gota<sup>8</sup> [...] Es que para las condiciones en que yo vivía, cualquier precio era demasiado costoso [risas]. Pero en verdad que sí era muy caro ir donde ese doctor Aluma y eso que Tulúa es acá no más, uno va y vuelve, en ese tiempo eran como cinco mil pesos apenas y no los tenía, imagínate tener que ir a Cali o a otro lado, no mami, no había cómo (Ginna 2020, entrevista personal).

No obstante, Ginna logró acceder al aborto clandestino en la ciudad de Tulúa, donde le realizaron un procedimiento de Dilatación y Curetaje (en adelante DyC), más conocido como legrado.

No pues yo llegué allá con mi hermana y la secretaria nos pidió la ecografía. Al rato nos dijo que podíamos pasar al consultorio, ahí ya hablamos con el doctor. Él nos explicó que, aunque yo me encontraba en el límite de semanas para poder abortar con pastas,<sup>9</sup> que él prefería hacer de una vez un legrado para ir a la fija, que eso con pastas era muy demorado y que de pronto tenía que estar yendo, mientras que con el legrado ya quedaba lista de una vez. Pero que de todas formas yo era la de la plata que yo decidía y pues yo le dije que sí que me hiciera el legrado.

Desafortunadamente, su aborto se sumó a los miles de casos de complicaciones físicas debido a procedimientos inseguros o mal realizados, por lo que tuvo que ser intervenida de urgencia en el HDN.

Yo no recuerdo cómo ingresé porque yo me desmayé en la calle, no supe quién me llevó al hospital, ni quién le dijo a mi hermana, nada mami. Cuando yo me desperté estaba en urgencias esperando cirujano que porque tenía el útero perforado, de ahí tengo otra laguna más y recuerdo que me desperté ya luego como en una sala posparto, porque yo escuchaba puro llanto de bebé y ya en la tarde que fui como recuperando fuerzas es que vi que sí,

---

<sup>8</sup> Modalidad informal de préstamo de dinero rápido ofrecida por personas particulares a cambio de tasas de interés.

<sup>9</sup> Pastillas.

estaba en una sala con puras parturientas y el chisme ya se había regado de que yo había abortado y eso me miraban como bicho raro ahí, más feo.

En toda esta situación, Ginna tuvo claro que corría el riesgo de ser judicializada por abortar de manera clandestina, sin embargo, siguió adelante con su objetivo.

Claro mami, yo estaba más asustada. Aunque bueno, susto me daba de ir a la cárcel y eso, además porque mi Sarita estaba muy pequeñita, pero yo estaba muy segura que no lo quería tener. Por eso la ilusionada que yo me pegué cuando la legista de la fiscalía me dijo que lo solicitara en el hospital y que era gratis. Pero pues cuando no se dio yo de igual seguía con mi decisión, entonces pues delito y no eso a lo último era lo de menos.

Finalmente, en cuanto a las redes de apoyo familiar o social con las que Ginna contaba, vemos que su hermana ocupó un lugar importante en la experiencia vivida.

Mi hermana fue mi todo en esa experiencia, ella me escuchó, me ayudó a guardar el secreto, me ayudó a buscar la información, me acompañó a la cita, me cuidó ese día y me cuidó después de que salí del hospital con todo eso que me hicieron; ella se hizo cargo de Sarita como un mes entero, ahí con la tía [Mayra] que ese tiempo me visitaba mucho (Ginna 2020, entrevista personal).

## **2. Segunda historia, María Clara**

María Clara es una odontóloga Bugueña de 36 años de edad, especialista en Auditoría en salud quien presta sus servicios profesionales en el HSJ-R desde hace seis años. María Clara vivió su experiencia de aborto cuando tenía 32 años, en el 2018, en una clínica privada en la ciudad de Cali. El embarazo que decidió interrumpir fue consecuencia de un mal diagnóstico previo que la llevó a prescindir de la anticoncepción.

Yo estaba segura de que era estéril. Cuando yo tenía 23 años me diagnosticaron endometriosis, el médico me decía que con eso era muy difícil quedar en embarazo; luego como a los 27, cuando yo sí quería, me dicen allá que yo no podía embarazarme y pues yo todo ese tiempo teniendo pareja y que no me cuidaba con nada, era evidente, bueno, supuestamente evidente, que lo era. A mí todo eso me afectó muchísimo, porque yo sí tenía la idea de formar una familia con Camilo. Ya luego, como a los tres años se vino todo el problema este de que él se metió con otra vieja y que terminamos y eso para mí fue muy difícil también porque yo ya vivía con él. ¡No! Es que yo hasta estuve en terapia y todo, y de a poco me fui recuperando. Ya había pasado como un año y yo bien, viviendo otra vez donde mis papás, estudiando y todo, cuando apareció Pipe [un exnovio], Fue un encuentro casual que nos permitió retomar el contacto y ahí fue que me embaracé. Imagínate, ¡no! No quedar cuando estaba jugando a la casita con mi pareja estable y que lo quería, para venir a quedar en estas circunstancias, fue muy duro. Cuando yo le conté a Pipe, ese man se quedó frío, me dijo que pensó que yo le quería dañar la familia o algo. Pero no, yo le conté a él fue porque necesitaba ayuda en el proceso, pero yo sabía que ahí no había nada. De hecho, porque yo no quería estar con él, o sea sí salir y eso porque él es muy lindo, pero no de querer nada serio con él.

El acceso a la información que le permitió a María Clara encontrar una clínica privada donde realizar su aborto se le facilitó gracias al contexto académico al cual ella pertenecía.

Yo estaba haciendo la especialización en Auditoría en salud en la Santiago y ahí nos explicaron [el marco regulador de la Sentencia C-355] cuando una doctora preguntó por ese tipo de servicios. Es que lo bueno de esa especialización era que no sólo participamos odontólogos, entonces se daban temas muy interesantes. Yo recuerdo mucho que en esa clase hablaron de varias clínicas en Cali, Tuluá y Palmira y ahí nombraron a esa privada donde yo fui tiempo después. Pero yo la verdad no me puse a pensar si mi caso era legal o no, yo sabía que en una privada se solicitan los procedimientos y ya, yo necesitaba hacerlo pronto. Ahora que lo pienso sí, eso fue de pura chiripa tener esa información como más o menos unos quince días antes ¿no?

[...] Como te digo, yo googleé la clínica y de ahí supe la dirección y todo. Llamé y me dijeron que allá mismo me hacían la eco y me definían el tipo de procedimiento que necesitaba de acuerdo a mi edad gestacional, porque yo no estaba segura de la fecha. No me preguntaron más, que por qué, que si estaba segura, no, nada de eso, eso fue directo al grano, como buena privada ¿no? Las indicaciones que me dieron fueron del proceso como tal, los cuidados, eso, ¡ah! y de precios, que si necesitaba servicio de hospitalización el precio era mayor [risas] es que ahí todo es plata.

Dicho contexto, a su vez, estaba favorecido por sus condiciones económicas, lo que le garantizaba la posibilidad de pagar por su procedimiento de aborto.

Sí, la verdad, yo por plata no me preocupaba, me angustiaba más era que alguien se diera cuenta. Yo me ponía a pensar qué decirles a mis papás, ¡no!, mi abuela. Si es que todo el mundo se hubiera alegrado mucho de tener un bebé en la familia y yo decirles que lo iba a abortar [...] Caro sí fue y la verdad me sorprendió que lo fuera tanto. Aunque yo en ese momento tenía los medios y todo, y Pipe también me ayudó, se nos fue un montón porque pagamos también el hotel por dos días y la comida, pero sí la verdad me sorprendió lo costoso que era.

Como leímos líneas arriba, la pregunta por la legalidad o ilegalidad de su aborto pasó a un segundo plano para María Clara, pues ella tenía claro que el dinero jugaba un papel importante en la atención privada en salud.

Mira que a pesar de que yo sí sabía lo de lo la sentencia y que eso daba cárcel, no sé, yo, para mí no fue algo que me detuviera en mi decisión, o sea, ahora que hemos venido charlando de esto y que me lo has hecho ver como un privilegio, yo lo pienso y digo sí. Yo sabía que eso era algo malo o prohibido, ese era mi pensar, y para que algo malo me salga bien ¿qué es lo que necesito? Plata ¿no? Ahora sé que no está bien, pero es la realidad.

En este contexto de clandestinidad fue evidente que el factor económico jugaba un papel importante en la seguridad y las comodidades ofrecidas. No obstante, encontramos que pese esto, el procedimiento que le realizaron a María clara para abortar

fue DyC, lo cual, como vimos no es aconsejado por la OMS debido a los riesgos que supone.

Nosotros entramos y nos dijeron que el procedimiento era un legrado que consistía en una especie de raspado y que por tanto iba a necesitar de unos cuidados especiales y un lugar donde pasar cómoda, nos ofrecieron otra vez el servicio de hospitalización porque dijimos que éramos de Buga. También me dijeron que si quería entrar con él, pero yo preferí hacerlo sola, él se quedó ahí en la sala de espera

En caso de María clara vemos que no contó con redes de apoyo familiar o social durante su experiencia de aborto.

No, la verdad como te digo yo le conté a Pipe porque necesitaba ayuda en el procedimiento, tener dónde quedarme y eso. Pero ese es un asunto que no lo he hablado mucho, solo una que otra vez por ahí con gente así de mucha confianza, pero es algo que creo yo que es muy mío.

### **3. Tercera historia, Mayra**

Mayra es técnica en Atención Integral a la Primera Infancia y trabaja en un colegio público de la ciudad; actualmente vive con su pareja con quien lleva cinco años de relación. Mayra vivió su experiencia de aborto a los 22 años, en el 2011, frente al contexto en el cual vivió su embarazo no deseado nos cuenta que:

Pues es que cuando eso yo tenía un noviecito ahí, era muy joven. Estaba apenas iniciando mi primer trabajo en un CDI [Centro de Desarrollo Infantil] y pues recuerdo mucho que yo sentía que yo no estaba lista, y menos con él... ¡jum! y pues nada, pasó... Pero yo no lo quería tener, no y por eso hice lo que hice.

En su caso, la falta de un método anticonceptivo moderno facilitó el embarazo que semanas después decidió interrumpir.

No la verdad yo no planificaba con nada. O sea, al principio sí que el condón y eso, pero pues ya luego nos hicimos novios y que tal y ya paila con el condón; lo que sí era que lo interrumpíamos, o sea él se venía afuera, pero ¡jum! Vea.

Su relativa independencia económica le permitía a Mayra acceder a los medios para abortar; esto, sumado al hecho de que ella conocía la experiencia de aborto clandestino vivido por Ginna, le dio la posibilidad de pensar en diferentes procedimientos de aborto y formas de acceso, antes de decidirse por usar medicamentos.

Yo sabía que existían unas causales por las que uno podía solicitar el aborto ahí mismo en el hospital, pero yo pensaba que yo no entraba en ninguna de esas tres ¿me

entiende? Porque no era violación, ni mal formación y pues tampoco estaba en peligro mi vida... ¡fue por pendeja! [risas]. Entonces fue por eso que yo lo hice por de aparte.

[...] Pues yo en ese tiempo no es que tuviera muchos medios, pero pues como ya estaba trabajando, se me facilitaba comprar esas pastas y no descuadrarme entre mis gastos. Yo la pensaba más por el sitio ¿me entiende? Porque ya me habían dicho y había leído que uno sangraba mucho, aunque nunca me imaginé que tanto ¡eso era a chorros! [...] Las pastas sí salían más baratas que ir a un consultorio a que me lo hicieran, porque eso implicaba pasajes, comida y bueno todo eso. Si yo hubiera tenido cómo, tal vez si hubiera preferido que me lo hicieran por de aparte, pero no allá donde se lo hizo Ginna ¡no!, en otro lugar más seguro, que le pongan a uno anestesia... Es que eso duele mucho y a la final se termina enterando todo el mundo

Sin embargo, la información que Mayra tenía sobre la IVE no era completa, lo que no le permitió acceder a su derecho de manera legal, sumado a las dificultades que vivió para poder acceder a los medicamentos.

No, eso tocó pedirle al que era novio de Mónica en ese tiempo que me compara las pastas porque nosotras fuimos y nos dijeron que no vendían eso, y ya varias personas me había dicho de que a las mujeres casi no les vendían, que era más fácil si iba un hombre y pues, así fue. Entonces ese muchacho me las compró y yo me las tomé en la casa, como me dijo Mónica, que unas se tomaban y otras se introducían.

La falta de información se evidenció también en el procedimiento que Mayra llevó a cabo, tuvo complicaciones y debió ser llevada al hospital donde terminaron el procedimiento de aborto y le brindaron la información adecuada.

Eso como a las tres horas qué dolor tan impresionante, yo me aguanté como dos horas más, pero de ahí no pude, le tuve que decir a mi mamá que me llevara al hospital y allá en el Divino Niño fue que me dijeron que el aborto estaba incompleto y [sic] hicieron el legrado.

[...] Y ya cuando me pasaron a la pieza, enviaron a la psicóloga a hablar conmigo. Una pelada así como usted, jovencita. Y pues nada, ella empezó a preguntarme cosas que cómo habían sido mi vida, que qué me llevó a tomar esa decisión. Y pues ahí fue que ella me explicó que yo estaba afectada en mi salud mental y que tenía derecho a que me lo hicieran ahí. Y yo pues me quedé que no me lo podía creer. Ya después también me daba como esa rabiecita de decir ¡ehhh! yo tan pendeja que no fui primero al hospital ¿cierto?, pero pues ya que, de igual pues todo fue bien porque el procedimiento se hizo.

Vemos que, en su caso, la pregunta por el marco normativo del aborto no detuvo a Mayra en su decisión de abortar.

Pues digamos que ese era el riesgo que debía correr, primero por lo que hice y segundo por no querer asumir ser madre en ese momento. Entonces sí lo pensé, pero no mucho, no fue una cosa que yo sintiera así que me detuviera, no.

En cuanto a las redes de apoyo familiar o social con las que Mayra contaba para acceder a su aborto, vemos que aparece Ginna con un papel importante.

Pues yo busqué a Ginna porque me acordaba de lo que le pasó a ella, yo quería que me ayudara a ver cómo hacer para interrumpir, aunque yo no quería ir donde fue ella ¿no?, sino que me ayudara a buscar otras opciones, yo sabía que ella me iba a comprender en mi decisión y me iba a ayudar. Mónica si apareció solo porque ella sabía cómo era lo de las pastas, pero no más, nosotras no éramos cercanas (Mayra 2020, entrevista personal).

#### 4. Análisis

Un primer punto de convergencia entre las historias de vida lo encontramos en el marco legal que regulaba el aborto voluntario en el tiempo en que mis colaboradoras vivieron sus experiencias de aborto voluntario. Ginna abortó en el año 2008, Mayra en 2011 y María Clara en el año 2018; es decir, abortaron en el periodo en el que se encontraba en vigencia exclusiva la Sentencia C-355 como reguladora del acceso a IVE. Resulta importante, entonces, recordar el contexto legal de dicha sentencia, la cual plantea que para poder acceder a este derecho la persona solicitante deberá encontrarse en al menos una de estas tres circunstancias o causales:

(i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. (COL Corte Constitucional 2006, 210)

Para acceder a este derecho es necesario que la persona que va realizar la interrupción de su embarazo acredite, mediante un documento, que en realidad se encuentra dentro de las causales de despenalización establecidas. En el caso de las causales de peligro para la vida o la salud y de grave malformación fetal, este documento es un certificado médico, y en el caso de la causal de violación o incesto lo es la denuncia legal ante la fiscalía o la policía. Por fuera de este marco normativo, abortar de manera voluntaria era un delito penalizado con cárcel de dieciséis a cincuenta y cuatro meses. Dicha penalización aplicaba tanto para la gestante como para la persona, profesional o no, que llevara a cabo el procedimiento (COL Senado de la República 2000, 139).

En un primer análisis, podríamos concluir que Ginna era la única persona que hubiese podido acceder al derecho a la IVE debido a la violencia sexual ejercida por su pareja. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la Corte ha hecho un llamado a implementar “el método de interpretación extensiva que permite dar un espectro de aplicación más amplio a las normas constitucionales del que aparentemente en un

principio pueden tener” (Pantoja 2013, 67). En el caso de la causal de peligro para la vida o la salud de la mujer, dicha interpretación extensiva se realiza sobre el concepto de salud, el cual, de acuerdo con la OMS hace referencia a “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, [en este sentido, la salud implica que] todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas, incluyendo las afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales” (1946, 1). Es decir, si una persona considera que está en riesgo alguna de sus necesidades fundamentales, puede solicitar una valoración médica o psicológica que le permita acceder a su derecho a la IVE.

Es importante resaltar que cuando se habla de riesgo para la salud mental, es común que las personas consideren el mito de que para poder solicitar una IVE se debe sufrir de algún “trastorno” o “discapacidad” mental. Al respecto es importante distinguir inicialmente entre afectación en la salud mental; disminución de la autonomía (discapacidad mental) y trastorno mental. La afectación hace referencia al impacto que el embarazo no deseado tiene y tendrá sobre la salud mental de la persona que solicita abortar. La discapacidad mental, por su parte, hace referencia a la alteración o pérdida de las funciones cognoscitivas que impiden a la persona tomar decisiones sobre su salud y su vida. El trastorno, finalmente, hace referencia a una serie de signos y síntomas psicológicos diagnosticados mediante evaluación clínica (Grupo Médico por el Derecho a Decidir 2011). Teniendo claro lo anterior, se debe recordar que el marco normativo apunta sólo al nivel afectación en la salud mental como causal para determinar el riesgo.

En otras palabras, para acceder a la IVE por la causal de Riesgo para la Salud Mental no es necesario acreditar ningún tipo de enfermedad mental. Además, es importante tener en cuenta que, de acuerdo con Ministerio de Salud, la valoración del peligro que representa el embarazo que se desea interrumpir, le corresponde enteramente a la persona que está solicitando la IVE, pues es ella quien define los márgenes de riesgo que está dispuesta a correr (Minsalud 2016, 3). En este sentido el acompañamiento previo a la decisión de abortar, debe permitir que la persona que desea interrumpir su gestación logre sopesar todas sus condiciones de vida para tomar una decisión libre e informada.

Volviendo al análisis de las causales de despenalización encontramos, en las vivencias de Mayra y Ginna, importantes disparidades en la interpretación de la Sentencia; pues mientras que para Mayra una comprensión amplia de la causal salud le permitió terminar su proceso de aborto en el HDN de manera legal, para Ginna no bastó con contar con el documento de denuncia solicitado por la Corte para poder acceder a su

derecho a la IVE. Al respecto, es importante detenerse a pensar un poco en la dualidad en la que queda inmerso el aborto voluntario con su despenalización parcial. Pues resulta ser un delito que está penalizado con cárcel, pero que, en tres circunstancias específicas, puede ser renombrado y, bajo la forma de IVE, adquiere su carácter de derecho constitucional. Esta ambigüedad de ser, al mismo tiempo un derecho y un delito, polariza nuestras necesidades fundamentales en condiciones de legalidad e ilegalidad, donde los abortos clandestinos, y potencialmente inseguros, son el único camino posible para cientos de mujeres, niñas, adolescentes y cuerpos gestantes en el país. Por esto, la lucha por la eliminación del aborto del código penal colombiano constituye una tarea aún vigente y urgente.

La interpretación restrictiva de la regulación de la IVE ha sido una barrera tan importante en el acceso al aborto voluntario que durante los quince años de vigencia exclusiva de la Sentencia C-355, la Corte se vio en la necesidad de emitir dieciocho sentencias complementarias con el fin de dar cuerpo y estructura a lo ya definido en 2006, esto debido a las innumerables acciones legales que denunciaban una lectura restrictiva de las causales de despenalización y demandaban el acceso a la IVE (González y Bohórquez 2012, 16). La cantidad de desatenciones se vuelve mucho más dramática cuando nos preguntamos por los innumerables casos en los que, como en el de Ginna, no se llega a instancias legales para reclamar el acceso a la IVE, sino que se toman otros caminos.

Aquí resulta pertinente citar la investigación realizada por el equipo de Dejusticia, en la cual encontraron que varias mujeres que cumplían con alguna de las causales de despenalización contempladas en la Sentencia C-355 optaron por abortar en la clandestinidad. En estos casos la renuncia a abortar de manera legal fue debido a las barreras propias del sistema de salud y fallas en el sistema penal que se tradujeron en demoras para la autorización del procedimiento de aborto, y, en otras situaciones, se debió a la falta de confianza en el secreto profesional que se maneja en algunas instituciones públicas de salud, especialmente en ciudades pequeñas (Bautista, Joseph y Martínez 2017).

Estas narraciones, al igual que las historias de Ginna, María Clara y Mayra, son un reflejo del fracaso de la criminalización como medida para disminuir los abortos voluntarios, situación que la Corte reconoció en la Sentencia C-055 de 2022 señalando que la prohibición penal parcial del aborto conlleva a su clandestinidad y ésta a su vez es “responsable de cerca de 70 muertes al año en Colombia, a las cuales se suman alrededor

de 132.000 casos de complicaciones por la realización de ese procedimiento sin condiciones médicas adecuadas” (Col Corte constitucional 2022, 46). Otra consecuencia importante de la criminalización es que al extenderse hacia la persona que realiza el procedimiento de aborto, transforma una práctica médica en un delito castigado con cárcel, vulnerando así el derecho a la libertad de profesión y oficio del personal de la salud (20).

Lo anterior influye en los altos costos asociados al aborto voluntario, los cuales también se padecen en contextos de legalidad; esta problemática ha sido identificada como una de los factores determinantes en la falta de implementación de la Sentencia C-355 en las instituciones de salud. De acuerdo con el Instituto Guttmacher (2014) los altos costos asociados al aborto se deben, en parte, a que, como vimos al inicio, el procedimiento más utilizado en Colombia para realizar los abortos es la Dilatación y Curetaje (en adelante, DyC), método que resulta ser el más complejo, invasivo y costoso comparado con la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y el aborto con medicamentos. Estos dos últimos son ampliamente recomendados por la Organización Mundial de Salud, ya que se pueden realizar en el primer trimestre de gestación, de manera ambulatoria y por medicina general en las instituciones de primer nivel en salud (OMS 2012).

Un factor asociado a este punto tiene que ver con el precario sistema de salud colombiano que se traduce en demoras en la autorización de las solicitudes de IVE y en consecuencia los abortos deben realizarse en semanas posteriores al primer trimestre de gestación; lo que implica que el procedimiento a emplear sea DyC, el cual además requiere hospitalización y anestesia general aumentando su costo (Instituto Guttmacher 2014). Otro de los factores identificados por el Instituto Guttmacher que influye en el costo del aborto legal en Colombia son los altos salarios que devengan las profesionales que realizan estos procedimientos; si bien esta investigación no profundiza en los motivos de estos altos salarios, otras fuentes afirman que estos se deben a la falta de formación en las universidades para realizar procedimientos de aborto, por lo que la capacitación en este tema debe hacerse de manera autogestionada, lo cual les hace ostentar un estatus de especialistas y porque la misma criminalización del aborto les lleva a optar por afiliarse a una aseguradora de servicios profesionales (Echeverry, 2019 conversación personal).

Vemos que lo descrito se evidencia también en las historias de vida presentadas, ya que el procedimiento utilizado para la realización de sus abortos fue DyC, pese a todas las advertencias de la OMS frente a los riesgos asociados a dicho procedimiento. Aunque

en los tres casos se utilizó DyC, las condiciones asociadas a la realización del aborto fueron muy diferentes para cada una de ellas; mientras que María Clara no tuvo mayores inconvenientes físicos, más allá de leves molestias; para Ginna el legrado fue la causa de la perforación en su útero y para Mayra fue la solución a un procedimiento incompleto de aborto con pastillas. Esta situación está atravesada por las condiciones económicas que cada una tenía en el momento de acceder a sus abortos, lo cual podemos ver en la vivencia de María Clara, pues la facilidad que tuvo para acceder a la información sobre su aborto se debió a sus posibilidades económicas, al medio social y educativo en el cual ella se movía.

Resulta interesante entonces detenerse un poco a preguntarse por la cantidad, calidad y efectividad de la información que se encontraba disponible para acceder al aborto voluntario, tópico interesante para profundizar, teniendo en cuenta que la falta de información sobre la IVE ha sido identificada como otra de las barreras principales en el acceso al aborto voluntario (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y Fundación Oriéntame 2022; Bautista, Joseph y Martínez 2017; González y Bohórquez 2012). Frente a esto, en las historias encontramos que Ginna fue la persona que más dificultades tuvo para encontrar información que le permitiera realizarse el aborto, información que la condujo a poner en riesgo su vida en la clandestinidad. Para María Clara fue más fácil enterarse de dónde acudir para realizar su procedimiento, pero en su caso esta información se redujo al sitio en sí, sin relación alguna con el marco normativo de despenalización parcial. Mayra por su parte, obtuvo información sobre el marco normativo gracias a la experiencia vivida por Ginna y por sus averiguaciones personales, sin embargo, estos datos fueron insuficientes para acceder a la IVE en una primera instancia.

Al respecto, las investigaciones sobre el derecho a la IVE nos dicen que la cantidad y calidad de información frente al aborto voluntario están relacionadas con las condiciones socio-económicas y con el nivel educativo de las personas que deciden abortar (Instituto Guttmacher 2014). Lo anterior se refleja también en las historias de vida de mis colaboradoras, pues vemos que en el tiempo en que decidieron abortar María Clara era una profesional estudiando un posgrado; Mayra era técnica en atención a la primera infancia, recién graduada y Ginna se dedicaba al trabajo reproductivo y de cuidado en su casa. Los estratos socioeconómicos ocupados por cada una de ellas se reflejan también en las posibilidades o dificultades económicas que tuvieron para acceder a su aborto.

Vemos en los casos de Mayra y de Ginna que la inseguridad de sus procedimientos y los riesgos vividos se debieron al contexto de ilegalidad en que fueron realizados sus

abortos, atravesado por la falta de recursos económicos y de información al respecto. En el caso de María Clara, sus condiciones económicas le permitieron acceder a un aborto seguro en el marco de la ilegalidad. Lo anterior nos permite abordar una tensión interesante, pues deja en evidencia que no todos los abortos ilegales son inseguros y que, en la clandestinidad, el nivel de seguridad que estos procedimientos manejan viene supeditado a la cantidad de dinero que se pague para acceder a ellos.

Todo esto constituye la evidencia de una realidad enunciada ya desde el capítulo anterior: la criminalización del aborto afecta particularmente a las personas que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad social y económica. Dicha criminalización empuja a las mujeres más empobrecidas del país, a un contexto mediado casi que exclusivamente por el dinero. Lo que hace de las muertes y complicaciones de salud derivadas tanto de los abortos inseguros como de los embarazos forzados, un problema de salud pública creado básicamente por el mismo estado. Un ejemplo de cómo se materializa lo anterior, lo podemos leer en la historia de Mayra donde es evidente el doble estándar utilizado por las personas encargadas de atender en la farmacia donde compró sus pastillas, pues el medicamento sólo fue proporcionado a un varón. Evidenciando, además del mandato de reproducción antes estudiado, que la paternidad es un ejercicio del cual la sociedad sí permite a los hombres abortar.

El caso de Ginna nos permite entender además que no todos los abortos realizados en la clandestinidad son ilegales, pues ella se encontraba protegida por la Sentencia C-355 y contaba con el requisito que la Corte establece para aplicar a las causales de despenalización; sin embargo, se vio obligada a realizar su aborto por fuera del marco normativo. Su historia representa la situación de miles de adolescentes, mujeres, niñas y personas con capacidad para abortar quienes se encuentran sumidas en diferentes tipos de violencia que vulneran su autonomía reproductiva. Al respecto vale traer a colación que, de acuerdo con la fiscalía general de la Nación, el “30% de las mujeres que fueron denunciadas por aborto en los 20 últimos años en nuestro país, eran víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual o lesiones personales” (Causa justa 2020, 1).

Comprender estas vivencias nos permite entender mejor las diferencias definidas por la OMS entre ilegalidad y clandestinidad:

Hablamos de aborto ilegal cuando la terminación o el intento de terminación de un embarazo está prohibido por la ley [y de] inseguridad cuando el procedimiento para finalizar un embarazo no deseado es realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos (OMS 2012, 18).

Tenemos entonces dos niveles de análisis al respecto, el primero remite al marco normativo de acceso, es decir a las condiciones de legalidad o ilegalidad de la acción de abortar y el segundo, hace referencia a la capacitación del personal y al contexto físico en donde se lleva a cabo el procedimiento. Volviendo a las historias de vida evidenciamos que Mayra se encuentra en la intersección de los dos contextos antes descritos, ya que inició su aborto en casa con pastillas, es decir por fuera del marco normativo, pero el procedimiento fue finalizado en un hospital bajo la protección de la Sentencia C-355. Ginna, por su parte, se encontraba protegida por una de las causales de despenalización establecidas, pero su aborto fue realizado en la clandestinidad y le ocasionó complicaciones médicas, lo que nos ubicaría ante un aborto legal, clandestino e inseguro. Mientras que la vivencia de María Clara se enmarca en un contexto de clandestinidad e ilegalidad, pero con condiciones óptimas de seguridad, las cuales estuvieron garantizadas por su condición de privilegio económico.

Esta variedad de situaciones y casos posibles provocada por la despenalización parcial se convierte en un terreno fértil para el desconocimiento, malinterpretación y desatención del marco legal del aborto voluntario. Lo que se traduce en situaciones de privilegio y vulneración para las personas que deciden interrumpir sus embarazos. Lo anterior deja claro tres cosas: primero, la ya mencionada relación entre los abortos clandestinos y las desigualdades estructurales de la sociedad colombiana; segundo, que muchos de los problemas de implementación de la IVE provienen justamente de su regulación, de ahí la inoperancia de las causales de despenalización; y tercero, la ineficacia de la criminalización para prevenir o mitigar la ocurrencia de abortos voluntarios.

Es importante tener claro que detrás del fenómeno del aborto, se encuentra el problema de la cantidad de embarazos no intencionados que ocurren a diario, en especial en los contextos más empobrecidos del país. De acuerdo con la encuesta nacional de demografía y salud (2015) los porcentajes más altos de fecundidad se presentan en las zonas rurales, en los quintiles más altos de pobreza y en los niveles más bajos de alfabetización. Aparece nuevamente la ya denunciada desigualdad social y económica asociada al aborto voluntario, sumada a la ausencia de políticas de salud que garanticen los derechos sexuales y reproductivos de las personas; dejando claro que éste es un problema de salud pública atravesado por las diferentes vulneraciones que viven las personas que desean abortar.

Al respecto, vale destacar el carácter prevenible de las muertes y complicaciones médicas ocasionadas en el marco de la clandestinidad; prevención que se lograría mediante una política clara de salud sexual y reproductiva que no se reduzca al derecho al aborto y donde el acceso a los anticonceptivos; a los tratamientos para infecciones y enfermedades de transmisión sexual esté garantizado. Dicha política debe contemplar, además las garantías para el ejercicio de una maternidad libre y elegida, lo que incluye la eliminación de la esterilización forzada y de cualquier otra práctica que obligue o constriña el ejercicio de una ciudadanía plena para las adolescentes, niñas, mujeres y personas con capacidad para gestar. Volviendo a las historias de vida, nos encontramos con que en el caso de Ginna y de María Clara el hecho de que no accedieran a la anticoncepción se debió a situaciones ajenas a la voluntad de ellas, lo que nos sirve de alerta para comprender que el problema de la autonomía reproductiva implica una complejidad mayor que no se agota en la cobertura en anticoncepción, sino que requiere de un sistema legal que permita atender oportunamente estas vulneraciones interseccionadas.

## **5. El presente y la dimensión cultural del aborto voluntario**

Vemos entonces que la complejidad del aborto voluntario demanda diferentes niveles de comprensión en tanto problema jurídico, de salud médica, de salud pública, de derechos humanos y de equidad social. Actualmente, encontramos que en cada una de estas dimensiones existe todo un corpus teórico e investigativo con sus propias definiciones que permite comprender el problema del aborto voluntario desde un área especializada. Sin embargo, como expuse líneas arriba, se siguen presentando importantes vacíos en la implementación de las sentencias, lo que se traduce en diferentes barreras de acceso al aborto voluntario que abren la puerta al mundo de la clandestinidad e inseguridad. Se hace evidente, entonces, la necesidad de un abordaje que, lejos de diseccionar el problema del aborto voluntario en partes cada vez más especializadas, permita ampliar la discusión hacia su dimensión simbólica y cultural.

Pensar en las condiciones necesarias para garantizar el acceso al aborto voluntario en calidad de derecho, requiere entonces una disposición política orientada al reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como un aspecto fundamental en un proyecto de país. Considero que en este momento histórico para Colombia la pregunta por la autonomía reproductiva de las mujeres y el ejercicio de una ciudadanía plena, puede

encontrar lugar en la agenda del nuevo gobierno (2022 - 2026); el cual se ha enunciado como comprometido con la disminución de los abortos clandestinos e inseguros. En este sentido, el retiro de Colombia como firmante de la Declaración del Consenso de Ginebra, documento firmado por más de 30 naciones que aseguran la no existencia del derecho al aborto y por tanto la no obligación estatal de financiar o contribuir a la interrupción voluntaria del embarazo, puede leerse como parte del del cumplimiento de los compromisos adquiridos por dicho gobierno en temas de garantía y protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Diario Jurídico 2022).

Esta interpelación al estado debe ser leída también en un contexto post estallido social<sup>10</sup> y en un momento de cambio presidencial con una alta participación de diferentes sectores de la sociedad donde las mujeres tuvieron un lugar protagónico. El mencionado *voto feminista*<sup>11</sup> fue uno de los objetivos principales de las campañas a la presidencia tanto en primera como en segunda vuelta de ambos candidatos. Este contexto, sumado al reciente fallo histórico de la Corte con la Sentencia C-055, permitió que el aborto voluntario fuera tema de discusión política tanto para las personas y organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres como para los antiderechos. Considero interesante resaltar iniciativas como el Debate Feminista convocado por más de 30 organizaciones, plataformas de mujeres y personas LGBTIQ+ nacionales y regionales,<sup>12</sup> donde el tema de la protección de dichos derechos y la pregunta específica por la garantía del derecho al aborto voluntario fueron temas de especial interés.

En este contexto de optimismo político se evidencia la necesidad de empezar a transformar los significados que culturalmente asignamos al aborto voluntario; apuntar hacia otras formas de narrarlo que permitan devolverle su carácter histórico y

---

<sup>10</sup> Hago referencia al Paro Nacional de 2021 producido como respuesta social a la propuesta de Reforma Tributaria emitida por el gobierno de Iván Duque, la cual fue considerada como negativa para las poblaciones más empobrecidas del país. Esta forma de enunciarlo responde a la perspectiva de que, si bien la propuesta de Reforma Tributaria fue el detonante del Paro, existen otras razones relevantes como las precarias condiciones de empleo, salud, educación, vías, etc., que devinieron en dicho estallido social.

<sup>11</sup> Idea que inició cuando la Registraduría nacional del Colombia reveló el Censo electoral para las justas presidenciales en 2022. Dicho Censo reveló que, de 38.819.901 personas habilitadas para votar, 18'788.046 eran clasificados como hombres y 20'031.855 como mujeres; y que fue teniendo cada vez más fuerza a medida que fue aumentando la interpelación a los candidatos sobre sus propuestas ante las principales problemáticas que aquejan particularmente a las mujeres, adolescentes, niñas y personas LGTBIQ+. Se debe mencionar, además, que ambos candidatos contaban con fórmula vicepresidencial mujer y anunciaban un gran compromiso con la superación de problemáticas que afectan particularmente a las mujeres niñas y adolescentes en el país.

<sup>12</sup> Realizado el 2 de junio de 2022. Aunque de los dos candidatos invitados sólo asistió Gustavo Petro, se establecieron importantes compromisos con el candidato para la garantía de los derechos de las mujeres y personas LGBTIQ+ en un hipotético mandato del movimiento político denominado Colombia Humana. Ver debate en: <https://www.youtube.com/watch?v=LzJPdB5dsiE>

filogenético, pues es en la raíz de dichos significados donde se encuentra la verdadera penalización del aborto. Desde este horizonte de sentido se abre un gran campo de acción para que las políticas culturales en Colombia comiencen a hacer parte de las grandes revoluciones sociales y culturales del país. Comprendiendo que la lucha por la autonomía reproductiva y el aborto voluntario no son sólo un problema legal, sino, fundamentalmente un problema de género; entendiéndolo como un elemento estructurador de las relaciones sociales, en lugar de verlo tan sólo como una temática o como un objeto de estudio

Me parece pertinente cerrar este capítulo retomando la afirmación de la investigadora Silvia Federici frente a que “no podemos recuperar nuestro cuerpo sin cambiar las condiciones materiales de nuestra vida” (2022, 50). Considero que este es el reto más actual que tiene la lucha por la autonomía reproductiva en Colombia en un contexto marcado por el proyecto expansionista, misógino y patriarcal del capital. Asumir este reto implica tener claro que la nueva fase de expansión económica “requiere de la destrucción de cualquier actividad económica que no esté subordinada a la lógica de la acumulación capitalista” (2013, 128) y en ese sentido abrazar la lucha de quienes desean ejercer la maternidad y el estado no se los permite -bien sea por medio de la esterilización forzada, la criminalización de la maternidad o de las diferentes políticas de empobrecimiento y muerte-, así como de quienes defienden los recursos naturales, la agricultura de subsistencia, la economía solidaria, entre otras formas alternativas de sostenimiento de la vida.

De ahí que la lucha por desestabilizar la identidad asignada no se pueda separar de la lucha para cambiar las condiciones sociohistóricas que determinan nuestra vida y, sobre todo, para socavar las jerarquías sociales y la desigualdad [...] no podemos luchar por la autodeterminación sin cambiar cómo trabajamos, cómo se emplea la riqueza que producimos y el acceso que tenemos a esa riqueza. Porque entonces solo alcanzarán la autodeterminación unos pocos, aquellos que por clase o color se lo puedan permitir, como ha pasado con el feminismo liberal, institucional o civilizatorio. (Federici 2022, 59)

Considero que el llamado de Silvia Federici constituye un cable a tierra en un contexto donde parece abonarse el terreno para una paz con justicia social y económica, y donde se celebra cada vez más los logros que las mujeres hemos tenido en cuanto a derechos y acceso al trabajo o a la autonomía económica.

## Capítulo tercero

### Barreras simbólicas en torno al aborto voluntario

Hasta ahora, hemos podido comprender cómo se manifestaron algunas de las barreras de acceso al aborto voluntario en las historias de vida de Ginna, Mayra y María Clara; a estas barreras las podemos denominar materiales, en el sentido que se pueden observar y categorizar como lo han hecho las investigaciones antes citadas (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y Fundación Oriéntame 2022; Bautista, Joseph y Martínez 2017; González y Bohórquez 2012). Entre las barreras analizadas en el capítulo anterior, encontramos que la vulnerabilidad económica se encuentra en intersección con otras barreras, como la falta de información, por ejemplo, y en relación directa con el nivel de seguridad que tenga el aborto voluntario al que se acceda en la clandestinidad.

Como mencioné en el primer capítulo, construir una definición de las barreras simbólicas en torno al aborto voluntario me implicó traer elementos de los estudios sobre la accesibilidad, específicamente para personas en condición de discapacidad, con el fin de ponerlos al servicio de la comprensión del acceso aborto voluntario. Desde dichos estudios, las barreras simbólicas constituyen el conjunto de representaciones y valores contruidos sobre la discapacidad, que limitan la posibilidad operativa de las personas sobre sus derechos y la participación ciudadana (Col Ministerio de Salud 2014). En este sentido, las barreras simbólicas en torno al aborto voluntario serían todos aquellos significados culturales funcionales al mandato de reproducción, que resultan imperceptibles en muchas ocasiones, pero que cuentan con la facultad de materializarse en dificultades reales para el acceso al derecho al aborto voluntario.

Las barreras simbólicas en torno a esta práctica son multidimensionales, se orientan en todas las direcciones; de allí que podamos encontrarlas no sólo en las personas que se enfrentan a la decisión de abortar, sino en la sociedad en general. Incluso las podemos rastrear en las diferentes producciones culturales: en imágenes, en relatos, en el cine, la música, o la literatura; lo que les provee la capacidad de adherirse fácilmente a nuestros significados culturales. En el fondo de estos imaginarios se halla la defensa del mandato de reproducción impuesto a las mujeres y que se ha ido consolidando con el paso del tiempo. Es este carácter culturalmente situado de las barreras simbólicas lo que

permite, además de su identificación, avanzar hacia su resignificación, así como hacia la posibilidad de crear significados totalmente nuevos para esta práctica.

Desde esta perspectiva, traigo a colación parte de la letra de dos canciones y dos imágenes extraídas de internet, con el fin de hacer el ejercicio de analizar los significados que estas producciones buscan transmitir. He elegido el vallenato como género musical para las canciones a analizar debido a que dicho género hace parte de la identidad colombiana, además, las canciones a trabajar cuentan con un alto nivel de popularidad en el país. Las imágenes, por su parte, corresponden a capturas realizadas en dos de los principales motores de búsqueda en internet. El primer ejercicio consiste entonces en analizar parte de dos canciones, la primera de ellas se llama *Inocente*, interpretada por el grupo Los gigantes del vallenato:

Dios hace muy bien sus cosas, escúchame  
 Que la fe mueve montañas, lo sé muy bien  
 No te avergüences del hijo que va a nacer  
 Porque es un fruto bendito, que hay que querer  
 Tienes que ser fuerte, mujer  
 Hay que sufrir y hay que llorar  
 Pero estoy seguro, sé que tu vida cambiará  
 Resignación, mucho valor, hay que tener para entender  
 Que ahora te toca hacer de madre y de padre también (1999).

En esta estrofa podemos notar la doble intencionalidad con que es usada la imagen de Dios: inicialmente como figura de autoridad que “hace muy bien sus cosas” y ordena que hay que querer a ese “fruto”; que, además -segunda intención- es calificado de “bendito”. Lo anterior permite evidenciar toda la herencia católica en torno a la idea de vida desde la concepción y del sufrimiento que la mujer debe asumir, con resignación, como un destino. Por otra parte, en la canción queda claro que en el momento en que se presenta un embarazo, el peso y la responsabilidad de casi todo lo que ocurra, pasan a ser exclusivamente de la mujer; a quien le “toca hacer de madre y de padre también” sin importar que ha sido su pareja quien se negó a asumir la paternidad y que la misma canción denuncia que “él la engañó”.

El coro de esta canción muestra a la protagonista de la historia “comprendiendo” el mandato de reproducción y sonriendo; lo que pareciera indicar una felicidad automática producto de asumir dicho mandato, el cual permite obviar las circunstancias reales que rodean ese embarazo:

Sonriendo, comprendió mis palabras y volvió a decir  
 "Inocente es, no tiene maldad

Fruto del amor, del que yo le di"  
 "Inocente es, no tiene maldad  
 Fruto del amor, del que yo le di" (1999).

El retomar la idea de “fruto”, esta vez asociado al amor que ella le dio a aquel hombre, le permite a la canción volver sobre los símbolos católicos identificados en la estrofa anterior, para adjudicarle al embrión una cualidad de *inocente* sobre el que se estaría cometiendo algún tipo de injusticia al no permitirle nacer. Finalmente, al mostrar a la mujer “comprendiendo” las palabras de este hombre que canta, se intenta vender una imagen donde ella queda despojada de su criterio frente a la situación que está viviendo, pues su valor como persona queda supeditado al hecho de que asuma o no el mandato de reproducción que le ha sido impuesto.

La segunda canción que propongo es *Me vas a extrañar* de la agrupación Binomio de oro:

Hay alguien más que igual a ti es mi presente  
 Lleva en su vientre a una inocente criatura  
 Y no sabe qué hacer (no sabe qué hacer). Si pecar, o dejarla vivir.  
 Yo he decidido darle vida a esa vida  
 Aunque tú quieras darle fin a lo nuestro  
 Solo Dios sabe lo que me pasaría  
 Si yo a ese niño le arrebato el derecho  
 Solo Dios sabe lo que me pasaría  
 Si yo a ese niño le arrebato el derecho  
 De soñar, de reír, de vivir como yo (1999).

Aquí la situación es narrada en primera persona por el hombre implicado en el engaño y la paternidad. Sin embargo, más que la intención de ejercer conscientemente dicha paternidad, lo que este hombre parece buscar es evitar un posible castigo por parte de Dios, ya que abortar esa “inocente criatura” sería un pecado. Aparecen entonces nuevamente los símbolos católicos asociados con la idea de pecado y de vida desde la concepción, esta última se refuerza con la asignación que se le hace al embrión o feto de capacidad para soñar, reír y sentir. De igual forma, se repite la representación de una mujer sin criterio para decidir: “no sabe qué hacer”; y es el hombre quien decide a voluntad “darle vida a esa vida” y de esta manera logra coronarse como el héroe de la historia, pese a que lo que antecedió por parte de él fue un acto de traición.

Estas dos canciones nos permiten conectar con significados tan arraigados como lo son la idea de que existe vida humana desde el mismo momento de la concepción, el pecado o la culpa. Significados que están evidentemente anclados a los principios de la religión católica y que aquí las escuchamos en la voz de dos hombres. En *Inocente* es la voz del cantante quien asigna el mandato de reproducción desde un tercer lugar, es decir

por fuera de la experiencia narrada. Se podría decir que de alguna forma esta voz, sería la voz de la moral católica que ordena desde su lugar de autoridad cultural. En *Me vas a extrañar*, por su parte, la voz del hombre está implicada directamente en la experiencia y se narra así mismo como temeroso de Dios. Es justamente ese temor el que lo glorifica como un héroe al asumir por ella el mandato de reproducción, aún en contra de lo que sería la felicidad de dicho hombre. No es gratuito entonces que, en esta canción, la voz de la persona gestante nunca es puesta en consideración.

El segundo ejercicio que propongo para ampliar el análisis cultural de las barreras simbólicas en torno al aborto voluntario, consiste en observar las primeras imágenes arrojadas por los motores de búsqueda de Google y Microsoft Bing, cuando se consulta por la palabra “aborto”. Dichas imágenes son:

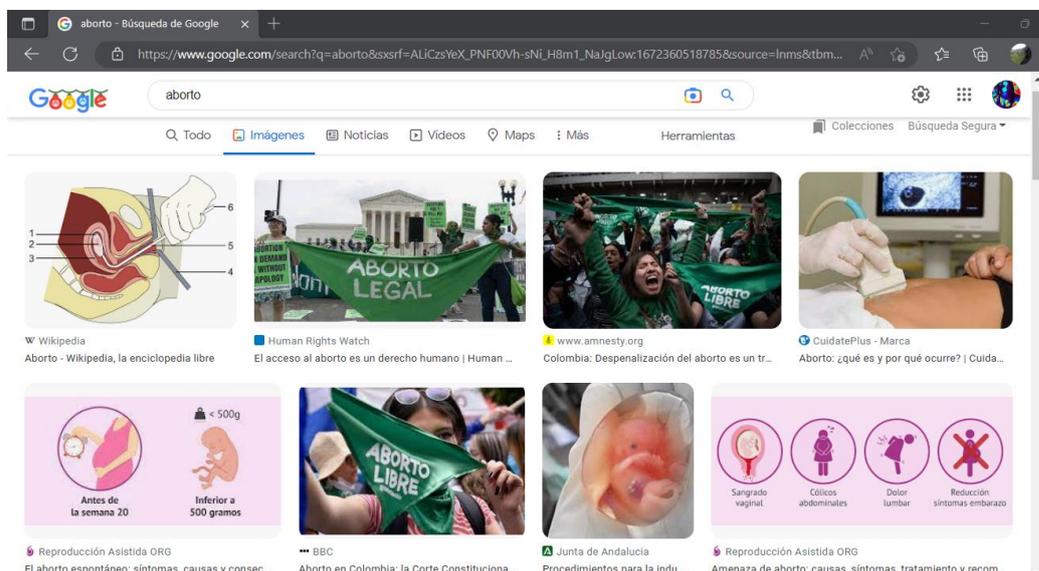


Figura 1. Captura de la búsqueda de “aborto” en Google.com.

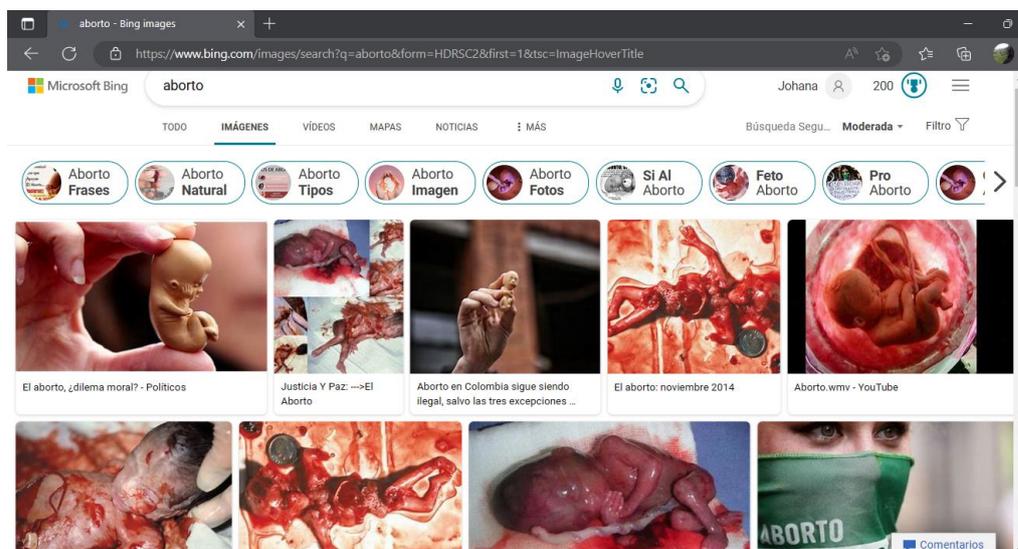


Figura 2. Captura de la búsqueda de “aborto” en Microsoft Bing.

Lo primero que se hace evidente es la marcada diferencia en el tratamiento de la imagen entre los dos motores de búsqueda. Si bien en ambas búsquedas la palabra fue la misma: aborto. Podemos notar que los resultados de Microsoft Bing son más impactantes, predomina la sangre y los fetos que presenta corresponden a semanas avanzadas de gestación. Por su parte, las imágenes arrojadas por Google, aunque también utilizan fetos ya formados, presentan menos sangre e incluyen pañuelos verdes y otros elementos que hacen referencia a la lucha por la despenalización del aborto, por lo que podríamos decir que ofrece una visión más diversificada del aborto. Sin embargo, en ninguno de los dos casos, las imágenes presentadas brindan orientación que permita acceder al derecho al aborto voluntario, ni hacerse una idea real de cómo se realiza el procedimiento.

Si bien es cierto, que los motores de búsqueda responden de manera general a la popularidad del tema, es decir a la frecuencia y cantidad de veces con que dicho tema es buscado. Además, dichos motores enseñan la información más próxima al contexto desde donde se realiza la consulta, por lo que responden también a restricciones legales y demás condiciones de cada país. Podemos ver que los resultados arrojados están lejos de ser neutros o de brindar una visión científica sobre el proceso de aborto. El uso de fetos formados en lugar de embriones refuerza la idea de vida desde la concepción y de aborto como crimen o pecado y termina generando desinformación sobre el proceso como tal. Lo que, en lugar de ayudar a tener herramientas para tomar una decisión libre e informada, termina por generar temor y disuadir a la persona que desea abortar.

Lo anterior permite dialogar con las barreras analizadas en el capítulo anterior donde la falta de información estaba dentro de las principales dificultades para el acceso al aborto. Si entendemos que incluso los motores de búsqueda en internet están atravesados por sesgos culturales, podemos comprender que la falta de información es una barrera que va más allá de la simple ausencia de dicha información, pues existen otros factores culturales que van a estar condicionando la cantidad y el tipo de información a la que se puede acceder. Desde esta perspectiva, podemos analizar críticamente la clasificación inicial de las barreras de acceso al aborto voluntario como materiales y simbólicas, pues estamos entendiendo que todas las barreras que impiden el ejercicio pleno de nuestra autonomía reproductiva están atravesadas por una dimensión simbólica heredada y construida culturalmente.

En consecuencia, hasta la jurisprudencia que regula el aborto voluntario cuenta con una dimensión simbólica que opera de manera invisible, pero que a su vez tiene la capacidad de limitar el acceso a nuestros derechos. Comprender que la criminalización es

un instrumento simbólico de control de los cuerpos, nos permite entender por qué pese a las diferentes regulaciones que flexibilizan el acceso al aborto voluntario, el estado no ha renunciado al hecho de mantenerlo en el Código Penal como un delito. Este hecho puede parecer menor si nos centramos solo en la Sentencia C-055; pero si nos fijamos en la economía simbólica de los significados culturales, la dualidad de ser, al mismo tiempo, un derecho constitucional y un delito penalizado, tiene consecuencias significativas sobre el acceso a nuestra autonomía reproductiva, tal y como vimos en el primer capítulo de esta investigación.

Desde esta perspectiva podemos entender la despenalización en todas sus formas: por causales, por tiempo de gestación, etc, como una forma de tercerización de nuestra autonomía reproductiva que nos han vendido disfrazada de derecho constitucional. Pues en realidad lo que ha venido pasando con nuestra capacidad reproductiva es que ha pasado por diferentes formas de dominio masculino representado en figuras como la del marido, el padre, el patrón, el código penal, el médico y la ciencia que autorizan o niegan la realización del aborto. En este contexto la dimensión simbólica de la criminalización del aborto voluntario puede ser leída como estrategia de control de los cuerpos, la cual opera como un tipo de violencia de Estado, legitimada y naturalizada social e históricamente en función de valoraciones asimétricas de lo masculino sobre lo femenino.

Vale resaltar que, si bien el carácter de ilegalidad de los abortos que mis tres colaboradoras se practicaron no fue un elemento contundente para que ellas desistieran de la realización del procedimiento, en todas las narraciones aparece el temor a ser judicializadas como un horizonte posible ante el cual tuvieron que reflexionar y sopesar sus posibilidades. En el caso de María Clara, su condición de privilegio económico le permitió enfrentar dicho temor con otras herramientas; no obstante, fue un tema que no pasó desapercibido para ella. Vemos entonces nuevamente lo denunciado en el capítulo anterior: la inutilidad de la criminalización como medida para disminuir o mitigar la ocurrencia de los abortos voluntarios y la desigualdad que viene impuesta por la criminalización, ya que convierte el acceso al aborto voluntario seguro en una cuestión de privilegio económico.

Otra forma interesante de analizar el carácter simbólico de las barreras en torno al aborto voluntario es cuando éstas parecen ser encarnadas por personas puntuales. En este punto la historia de Ginna nos brinda un ejemplo interesante: el médico que la atendió, después de que le negaran varias veces la cita, le mintió frente a que lo que estaba solicitando era un delito, negándole así su derecho constitucional a la IVE, aun cuando

ella cumplía con una de las causales de despenalización contempladas en la Sentencia C-355. En este caso, vemos cómo todas las dificultades físicas y psicológicas que Ginna vivió a partir de la negación de su derecho, fueron producto de una violencia ejercida por el médico quien usó su autoridad para desalentarla de seguir en el proceso; infundiendo miedo y mezclando un juicio de valor sobre su oficio: “no era un carnicero”, con una mentira; “eso era un delito” y una evasiva de sus funciones: “que viniera la doctora que me había dicho eso y que me lo sacara ella”. Toda esta situación termina por arrojar a Ginna al mundo de la clandestinidad, donde vimos que opera el privilegio económico y en su caso, la sometió a una mayor agresión tras la exclusión del sistema que significó la negación del médico a orientarla.

Esta comprensión me permitió dar respuesta a una de mis preguntas iniciales durante mi práctica profesional como psicóloga en el HSJ-R, sobre la *investidura* que de alguna manera logré intuir en el personal de salud que me acompañaba. Mi propuesta al respecto, es que es la naturalización del mandato de reproducción lo que permite que cualquier persona se sienta en posibilidad de opinar y actuar en su defensa, de acuerdo a un aparente “orden natural de la vida”. Defensa que, en el caso puntual de Ginna, tuvo un mayor impacto gracias al valor simbólico de la medicina que le permitió a él situarse como figura de autoridad y obstaculizar el acceso a la IVE, pese a la regulación existente.

Finalmente, otra forma de identificar las barreras simbólicas es verlas encarnadas en la misma persona que desea abortar; como en el caso de Mayra, quien intuitivamente sabía que existían unas causales de despenalización, pero creyó que su caso no aplicaba por las condiciones particulares en las que se dio su gestación. En este ejemplo podemos rastrear las nefastas consecuencias de ciertos juicios morales que parecen indicar cuáles abortos son aceptables y cuáles no. Dificultades que parecen estar saldadas con la nueva legislación, la menos hasta la semana 24 del embarazo; pero que, de igual forma, continúan estando atravesadas por todos los significados culturales que le confieren sentido, por lo que su acceso como derecho no está del todo garantizado.

Comprender que “controlar el cuerpo de la mujer [continúa siendo] importante para la clase capitalista” (Federici 2022, 36), nos permite ser críticas ante la evidencia de que el aborto voluntario sigue siendo un derecho a medias. La falta de voluntad política en la implementación de las sentencias de despenalización; la ausencia de seguimiento y control de la implementación de dichas sentencias; el hecho de que se sigan utilizando los procedimientos más obsoletos y riesgosos para realizar los abortos; la ausencia de la enseñanza de dichos procedimientos en las mallas curriculares de medicina general; la

fuerte carga que representan los abortos ilegales -y potencialmente inseguros- tanto para el sistema de salud, como para la salud y la vida de las mujeres colombianas, y el carácter prevenible de las mismas, son temas que hemos analizado en los capítulos anteriores y que también pueden ser leídos desde este “descuido intencional” en el que parece estar inmerso el aborto voluntario en Colombia.

De allí la importancia de reconocer que la defensa de nuestra autonomía reproductiva es una lucha aún vigente y que los avances en la jurisprudencia no son garantía de un acceso pleno en calidad de derechos al aborto voluntario. En este sentido, considero que hechos puntuales como que en junio de 2022 la Corte Constitucional de Estados Unidos haya revocado el fallo *Roe vs Wade*, el cual protegió el aborto voluntario durante casi 50 años (Revista Legislación económica 2022). Y que el 21 de diciembre de este año hayan sido detenidas cuatro mujeres en Villa María – Córdoba, Argentina, bajo los delitos de ejercicio ilegal de la medicina y encubrimiento, por acompañar un aborto autogestionado (Télam Digital 2022). Son muestras de lo frágiles que son los marcos legales cuando se trata de temas tan imbricados en los significados culturales; lo que nos ubica ante la tarea de conocer las raíces de dichos significados con el fin de encontrar nuevas y mejores formas para continuar la lucha por nuestra autonomía reproductiva.

## **1. La reproducción de la fuerza de trabajo, mandato femenino del capital**

Gracias a las investigaciones de Silvia Federici sobre la historia de la transformación del cuerpo en fuerza de trabajo, así como del nacimiento y consolidación del capitalismo como modelo económico y social, en Europa en los siglos XVIII, XIX y XX, sabemos que:

“El trabajo en el feudo estaba organizado sobre la base de la subsistencia, la división sexual del trabajo era menos pronunciada y exigente que en los establecimientos agrícolas capitalistas. En la aldea feudal no existía una separación social entre la producción de bienes y la reproducción de la fuerza de trabajo; todo el trabajo contribuía al sustento familiar” (2010, 40-1).

Lo anterior otorgaba una cierta independencia para las mujeres en cuanto a sus decisiones económicas y laborales; de igual forma, el autocontrol de la reproducción no sólo era frecuente, sino también bien visto. Sin embargo, los diferentes cambios en los modos de producción tuvieron consecuencias importantes en la denominada división sexual del trabajo, la cual se ha sostenido gracias a diferentes estrategias de sometimiento,

disciplina y degradación del cuerpo de las mujeres, las cuales se han mantenido y fortalecido con la consolidación del capitalismo como modelo social.

En sustitución del recurso a la brujería y a la adoración del diablo, en el siglo XVIII se apeló a la biología y a la fisiología para justificar las jerarquías raciales y sexuales y la creación de distintos regímenes disciplinarios, que se correspondían con la progresiva división sexual e internacional del trabajo (Federici 2022, 120).

Lejos de lo que nos muestran el folclor y las caricaturas, la caza de brujas tanto en Europa como en América del sur fue la implementación de toda una estrategia para desterrar de las mujeres su poder y autonomía frente a su reproducción, la medicina y el dominio de la tierra. La efectividad de esta estrategia se evidencia en la fractura producida en la cadena de transmisión del conocimiento de generación en generación; en la expulsión de las ocupaciones lideradas anteriormente por mujeres, en el destierro de sus propiedades y en la pérdida de la autonomía sexual y reproductiva (Do Pico 2018, 3; Federici 2010, 141-3). En el caso particular de la penetración colonial en los pueblos originarios, “la caza de brujas y las acusaciones de adoración al Demonio fueron llevadas a América para quebrar la resistencia de las poblaciones locales, justificando así la colonización y la trata de esclavos ante los ojos del mundo” (Federici 2010, 273).

La religión católica tuvo un lugar protagónico tanto en el exterminio colonial como en la creciente politización de la sexualidad en Europa desde el siglo XIV, con la invención de los “crímenes reproductivos: sdomía, infantilicidio y aborto” (61). El aborto empieza a ser nombrado en asociación con las ideas de pérdida y de pecado en el momento en que “el Estado y la Iglesia deciden usarlo a su servicio y moralizarlo. [por] razones de control demográfico [y] mantenimiento de los modos de producción (Burneo2016, 2). El accionar del catolicismo frente a la autonomía reproductiva de las mujeres también se ha ido transformando a medida que han producido cambios sociales. Pasando de los métodos más sangrientos como lo fue el exterminio de poblaciones enteras con la caza de brujas a otros más persuasivos como la invención de figuras como la de la virgen María que permite exaltar la maternidad como expresión de bondad y amor.

Es importante resaltar que la desigualdad impuesta por la expansión capitalista basada en la división sexual del trabajo, encontró un engranaje perfecto en la colonización gracias a la existencia de una *dualidad opresiva* al interno de la cosmovisión indígena:

Un patriarcado originario ancestral que se refuncionaliza con toda la penetración del patriarcado occidental, y en esa coyuntura histórica se contextualizan, y van configurando manifestaciones y expresiones propias que son cuna para que se manifieste el nacimiento

de la perversidad del racismo, luego el capitalismo, neoliberalismo, globalización y más (Cabnal 2010, 15)

Lo anterior permite comprender cómo el nuevo orden moderno, introducido por la colonización, profundizó las relaciones de jerarquía existentes en el mundo/aldea, transformando las relaciones de género y ubicando al cuerpo de las mujeres como un objeto, un territorio al cual que se puede explotar y expropiar (Segato 2016, 21). Situar la discusión sobre la autonomía reproductiva en términos de defensa de nuestro territorio, cuerpo-tierra nos permite “recuperar el cuerpo para defenderlo del embate histórico estructural que atenta contra él y pensarlo como un territorio en disputa por los patriarcados, para asegurar su sostenibilidad desde y sobre el cuerpo de las mujeres” (Cabnal 2010, 22).

Hablar de territorio en disputa implica comprender las dimensiones de la violencia con la que se ha buscado institucionalizar un orden jerárquico, binario y heterosexista, que transforma la diferencia en desigualdad y que imprime valoraciones en nuestro inconsciente mediante lo que Rita Segato ha denominado *violencia moral*, un mecanismo de control eficaz, instaurador del patriarcado como norma y orden social, que ha demandado una rutina de pequeñas dosis de violencia y exclusión que ha durado siglos. En el amplio universo de la violencia moral, la coacción psicológica “es la forma de violencia más maquina, rutinaria e irreflexiva y, sin embargo, constituye el método más eficiente de subordinación e intimidación” (2003, 107-27), así como de imposición de las desigualdades de género gracias a tres aspectos que la caracterizan:

1) su diseminación masiva en la sociedad, que garantiza su "naturalización" como parte de comportamientos considerados "normales" y banales; 2) su arraigo en valores morales religiosos y familiares, lo que permite su justificación y 3) la falta de nombres u otras formas de designación e identificación de la conducta, que resulta en la casi imposibilidad de señalarla y denunciarla e impide así a sus víctimas defenderse y buscar ayuda (128).

Comprender las dimensiones de la violencia con la que se ha institucionalizado la división sexual del trabajo, permite entender también por qué autoras como Rita Segato y Silvia Federici coinciden en llamar “guerra contra las mujeres” para denominar las exitosas campañas de exilio que, desde diferentes ángulos, han orquestado el capital y el patriarcado en contra de las mujeres. En este sentido, considero que denominar “guerra” a un proyecto político y económico que históricamente nos han vendido como “protección” es relevante y potente porque permite ampliar la idea de autonomía reproductiva hacia todas las formas de reproducción y sostenimiento de la vida donde las

mujeres también hemos tenido que pelear por el acceso a “nuestros medios de reproducción: la tierra, el agua, la producción de bienes y de conocimiento y nuestro poder de decisión, nuestra capacidad de decidir qué clase de vida queremos y qué clase de seres humanos queremos ser” (Federici 2022, 57).

Lo anterior explica también por qué las mujeres pasamos a ser “objetivo militar” para el proyecto capitalista desde el inicio de su expansión. Pues durante siglos nos hemos rebelado contra el poder establecido, tanto en el plano médico y científico como en el político y económico; mediante el uso de plantas medicinales, estableciendo redes de economía solidaria, con la agroecología de subsistencia, entre otras estrategias que nos han permitido asumir colectivamente el trabajo reproductivo. Desde este horizonte de sentido, sostengo que, despenalización legal y, en especial, la desestigmatización social requieren pasar por un trabajo colectivo donde se debe reconocer el carácter de resistencia social y política que ha sido intencionalmente borrado de la historia del aborto voluntario.

Es en este marco contextual donde propongo analizar el mandato de reproducción, el cual ha sido impuesto a las mujeres estableciéndose como base de la relación de subordinación y dependencia en relación con el hombre dentro del régimen de la heterosexualidad y, al mismo tiempo, como la relación de explotación originaria por excelencia que sostiene al capitalismo. Comprender que:

El capitalismo ha tratado nuestros cuerpos como máquinas de trabajo porque es el sistema social que ha hecho del trabajo humano, de manera más sistemática, la esencia de la acumulación de riqueza y el que ha tenido la mayor necesidad de maximizar su explotación. Y lo ha conseguido de distintas formas: mediante la imposición de formas de trabajo más intensas y uniformes, así como de múltiples regímenes e instituciones disciplinarias, y mediante el terror y los rituales de degradación (Federici 2022, 29).

Permite entender cómo los “úteros se transformaron en territorio político, controlado por los hombres y el Estado: la procreación fue directamente puesta al servicio de la acumulación capitalista” (2010, 139). Evidenciando cómo a medida que se pauperizan nuestras condiciones materiales de existencia, se exalta y se vende una idea de mujer asociada exclusivamente con su capacidad de gestar. La familia nuclear empieza a convertirse en un ideal de éxito y madurez, bendecido por las religiones y avalado por el Estado. En este contexto la introducción del salario ahondó la brecha entre el trabajo productivo y el trabajo reproductivo; “reduciendo a las mujeres a una doble dependencia: de sus empleadores y de los hombres [...] las mujeres mismas se convirtieron en bienes comunes, ya que su trabajo fue definido como un recurso natural, que quedaba fuera de las relaciones de mercado” (148).

Vemos entonces que la idea de maternidad tal y como la conocemos hoy en día, ha sido el producto de una serie de invenciones e imposiciones, muchas de ellas mediante el uso de una violencia extrema que ha dejado sus huellas en los significados que hoy en día conservamos. Considero pertinente detenerme en este punto para hacer algunas precisiones importantes sobre el mandato de reproducción, para lo cual retomaré elemento de Rita Segato frente al mandato de masculinidad. De acuerdo con la autora, el atributo de masculinidad es algo que se obtiene, que se conquista y que se debe probar o reconquistar en diferentes momentos de la vida; dicha conquista está “supeditada a la exacción de tributos de otro que, por su posición naturalizada en este orden de estatus, es percibido como el proveedor del repertorio de gestos que alimentan la virilidad” (2016, 40). Explica que:

En condiciones sociopolíticas «normales» del orden de estatus, nosotras, las mujeres, somos las dadoras del tributo; ellos, los receptores y beneficiarios. Y la estructura que los relaciona establece un orden simbólico marcado por la desigualdad que se encuentra presente y organiza todas las otras escenas de la vida social regidas por la asimetría de una ley de estatus (2016, 40).

Por otra parte, Ángela Facundo y Mara Viveros nos explican que “la paternidad brinda prueba pública de la virilidad, mostrando la capacidad masculina de engendrar hijos” (2012, 142). De acuerdo con las autoras, el lugar simbólico de la paternidad se relaciona socialmente con un avance en el ciclo vital masculino bajo la nueva categoría de adulto. Considero pertinente resaltar que más que la paternidad entendida como ejercicio activo en la crianza de un ser humano, lo que se tributa con la reproducción masculina es la prueba de virilidad mencionada inicialmente; es decir la capacidad de engendrar. En este sentido, podemos comprender cómo el producto de la reproducción femenina se transforma en el tributo que otorga al varón la categoría de adulto viril, constituyendo de esta forma el mencionado mandato de reproducción. El cual es funcional a las nuevas formas de acumulación impuestas por el modelo capitalista y halla en su dimensión simbólica un recurso importante puesto que se alimenta de las ideas de bondad y sacrificio asociadas culturalmente a la maternidad.

Retomando la idea de la violencia, física y simbólica, que ha permitido la institucionalización del mandato de reproducción, podemos entender que muchos de los significados asociados con la autonomía reproductiva de las mujeres estén asociados a algún tipo de temor, miedo o culpa, debido al estigma que gira en torno al tema. Aquí resulta oportuno traer a colación el texto: *Los miedos: sus laberintos, sus monstruos, sus*

*conjuros. Una lectura socioantropológica* (2006) de la doctora en Ciencias Sociales y activista, Rossana Reguillo, donde realiza un análisis del papel de la sociedad en la creación y administración de los miedos urbanos.

En su texto, la autora destaca la necesidad de que dichos miedos estén anclados social, histórica y políticamente para que obtengan su validez; así como el papel preponderante de los medios masivos de comunicación para diseminarlos en el imaginario colectivo (29). Finalmente, reflexiona sobre la cultura como sentido compartido, como tejido simbólico de consensos y disensos que constituye “un espacio de explicación a la “catástrofe”, de “contención” de la incertidumbre y de acción frente a los miedos” (29-30). Considero que muchas de las barreras simbólicas en torno al aborto voluntario están cargadas de estos miedos funcionales al mandato de reproducción; de allí que para su creación y fortalecimiento se pongan en juego los mismos elementos descritos por la autora.

Comprender las barreras simbólicas desde la perspectiva de los miedos sociales de Reguillo, permite también entender el potencial de la cultura en el doble sentido señalado por ella: como “plataforma” para el ejercicio de los miedos y como contención para la resignificación de dichos miedos. Lo que quiere decir que es en el contexto mismo de producción cultural de las barreras simbólicas donde se debe dar su resignificación o su eliminación. Es la administración social de los miedos por parte del estado, la iglesia, los medios de comunicación, etc.; manifestada en barreras simbólicas la encargada mantener el aborto en secreto, en un silencio intencionado que limita las posibilidades de colectivizar esta experiencia.

## **2. El silencio, una cadena simbólica y material**

Vemos cómo toda esta sombra que recae sobre el aborto voluntario es provocada en gran parte por su criminalización y silenciamiento. Considero importante resaltar la idea de silenciamiento porque, aunque he señalado el silencio como la principal barrera simbólica en torno al aborto voluntario; vale aclarar que dicho silencio es el resultado de la acción intencionada de ocultar un saber que milenariamente ya teníamos y que, como vimos, nos ha sido expropiado violentamente. El éxito de este silenciamiento se evidencia en el hecho de que abortar sea una experiencia que generalmente se vive en secreto y soledad. De acuerdo con Florence Thomas:

Este evento [el aborto] es una experiencia de profunda soledad. Ya lo mencioné varias veces y lo repito porque cada paso que uno da para tratar de solucionar este dilema se vive en un completo desierto de palabras, de hermandad, de sororidad y en un profundo sentimiento de abandono y orfandad. (2010, 45)

Lo anterior se evidencia también en las historias de vida de mis colaboradoras donde podemos ver la ausencia de redes de apoyo en el momento que decidieron abortar; Ginna contó con el apoyo de su hermana y años después acompañó a Mayra, y María Clara fue acompañada y recibió apoyo económico por parte de su amigo con quien afirma que nunca volvió a tocar el tema y prefiere no “exponer [el tema de su aborto] ante conocidos ni extraños”. Frente a esta atmósfera de silencio, considero pertinente traer a colación las palabras de Ginna: “eso es muy difícil de hablar, eso no es algo que vos digás en el almuerzo familiar ‘ve es que quiero abortar’ o ‘necesito un aborto, ¿saben dónde puedo ir? No, eso es un volteo muy áspero”. Es justamente ese vacío de interlocución cuando se trata del aborto voluntario, la prueba de que la barrera simbólica del silencio está triunfando. Es importante tener en cuenta que:

En algunos casos en que a la decisión de abortar se añade estigma social o religioso, o en los que la mujer se ve obligada a mantener en secreto su decisión o no cuenta con una red de apoyo, se puede generar un estrés adicional que no depende directamente del aborto sino de las situaciones desfavorables que lo puedan acompañar (Grupo Médico por el Derecho a Decidir 2011, 17).

Si bien en las experiencias de mis colaboradoras el tema religioso no aparece como central en la decisión de abortar o no, comprender el carácter cultural de las barreras simbólicas implica reconocer que “el aborto es un fenómeno social relacionado con [nuestro] universo ideológico, simbólico e imaginario” (Viveros 1997, 12), de allí que, como vimos, la religión, al ser una parte importante de nuestra construcción cultural, también se ve interpelada frente al tema del aborto voluntario. Al respecto, vale resaltar que la agenda provida en Colombia se ha venido fortaleciendo desde el año 2006, a partir de la emisión de la Sentencia de despenalización parcial por parte de la Corte Constitucional. Dicha agenda se ha visto representada en el trabajo que realiza la plataforma Unidos por la vida, la cual reúne a personas y organizaciones en contra del derecho al aborto y la eutanasia en el país.

Uno de los mayores logros de estos grupos antiderechos se presentó en julio de 2008, cuando el abogado Luis Rueda Gómez demandó el Decreto 4444 ante el Consejo de Estado, bajo el argumento de que éste violaba la Constitución, ya que el Ministerio de la Protección Social no tenía la facultad para regular la IVE, ni la objeción de conciencia.

Debido a esto el Consejo de Estado anuló definitivamente todas las directrices emitidas dejando un vacío en la implementación de la sentencia; situación que generó dudas y confusiones respecto al alcance, la vigencia y las implicaciones del derecho a la IVE (Dalén; Guzmán y Molano 2013). Otra acción, un poco más reciente, llevada a cabo por estos grupos para limitar el derecho al aborto voluntario, estuvo protagonizada por el expresidente de Colombia Iván Duque, quien se pronunció públicamente en contra de la Sentencia C-055 de febrero de 2022, argumentando que el aborto es un crimen atroz y que, por tanto, no existe como derecho. Tres meses después de este pronunciamiento, Colombia se sumó al ya citado Consenso de Ginebra, el cual niega la existencia del derecho al aborto y por tanto la obligación estatal de garantizarlo (Diario Jurídico 2022).

No obstante, considero importante resaltar que en la actualidad la iglesia católica no tiene una posición monolítica respecto al aborto voluntario. El invaluable trabajo de reflexión crítica y activismo religioso de organizaciones como *Católicas por el Derecho a Decidir* ha permitido ampliar los referentes hacia otros horizontes que buscan “contribuir a cambios socioculturales y al ejercicio pleno del derecho a decidir” (párr. 2). Esto es un punto fundamental porque nos muestra que con todo y lo poderosa que parece ser el ala antiderechos de la iglesia católica, esta también presenta grietas por donde se está filtrando la reflexión feminista, creando la posibilidad de construir un mundo más habitable para todas las personas, sin el peso de pagar con culpa y pecado las decisiones que autónomamente tomamos en pro de nuestra vida.

Desde este horizonte de sentido se logra comprender por qué he titulado esta investigación como *las cadenas de silencio*, pues las diferentes formas de silenciamiento antes enunciadas son precisamente las cadenas más pesadas que nos atan a las barreras simbólicas, pues no hay palabras que nos permitan conjurar la experiencia del aborto ni colectivizarla para acceder a otras formas de narrarla. Este silenciamiento intencional “constituye el ardid político e ideológico que permite perpetuar el miedo, la sospecha, la amenaza sobre las mujeres y a través de ello, el esfuerzo incesante por controlarlas de manera definitiva” (Castañeda 2003,16).

### **3. Recuperar el cuerpo-territorio es politizar lo íntimo**

Entender la vigencia de la citada guerra contra las mujeres y la relación cuerpo-territorio como terreno de disputa, donde dicha guerra se ejerce, nos permite también atrincherarnos en la defensa de la autonomía sobre los diferentes medios de reproducción

y sostenimiento de la vida, como durante siglos nuestras ancestras lo han venido realizando; así como ser críticas en el análisis de cómo se revitaliza el patriarcado como sistema universal de opresión frente a diferentes formas de entender y habitar el mundo. Lo anterior implica asumir

El reto de repensarnos y de ir reconociéndonos en sujetos y sujetas con derecho epistémico para crear pensamiento propio y con ello ir estableciendo nuevos paradigmas que nos permitan trascender las opresiones y envolver a las otras y los otros en esta responsabilidad de transformación profunda que es corresponsabilidad de todas y todos, para promover la justicia, la equidad, paz y la vida en plenitud (Cabnal 2010, 22).

Desde este horizonte de sentido, sostengo, en línea con los planteamientos de Silvia Federici (2022), que la lucha por recuperar nuestro cuerpo-territorio, necesariamente debe estar anclada a la lucha por cambiar nuestras condiciones materiales de vida. Lo anterior implica comprender que, si bien “no estamos destinadas a la maternidad, tampoco hay que evitarla de forma sistemática, como si fuese el origen de las penas y la explotación de las mujeres” (42). No se trata pues de establecer bandos entre mujeres que deseen ser madres y quienes no, sino de garantizar las condiciones necesarias para el ejercicio de una maternidad libre y elegida, para quien lo desea y para el ejercicio del derecho a abortar para quien no desea ejercer la maternidad.

Pensar en recuperar los medios de reproducción de la vida como tarea comunitaria social y cuerpo-territorial permite traer a colación estrategias como la agricultura de subsistencia; el trabajo reproductivo; las ollas y las guarderías comunitarias; la economía solidaria; la ocupación de tierras y de otros métodos de desarrollo de los comunes tan perseguidos hoy por las nuevas formas de acumulación capitalista, pero tan necesarias para el sostenimiento de la vida. Lo anterior implica reconocer el poder político de nuestra capacidad reproductiva (40) y necesariamente conlleva a la politización de todos los espacios de nuestra vida, incluyendo aquello que nos han enseñado a considerar como personal o íntimo.

Asumir la responsabilidad de recuperar conscientemente el cuerpo como primer territorio y entenderlo desde su individualidad como propio e irrepetible, es la forma como Lorena Cabnal y el feminismo Comunitario asumen la consigna feminista *lo personal es político*. Desde allí pensar en el cuidado de la tierra y los recursos naturales es una tarea que se asume en colectividad consientes de los peligros de los discursos desarrollistas que venden un sistema extractivista neoliberal bajo un eslogan de progreso. Por su parte, Silvia Federici (2013) entiende que transformar las condiciones bajo las

cuales nos reproducimos es la consecuencia de asumir que *lo personal es político* e implica “un cambio en las relaciones sociales, por el que la valorización económica deje de ser el motor de la actividad social, y que impulse la reproducción social como un proceso colectivo” (217).

Desde estos dos grandes referentes podemos entender de qué manera las políticas culturales se ven interpeladas por las barreras simbólicas en torno al aborto voluntario. Entendiéndolas desde una perspectiva crítica y reflexiva, que asume que dichas políticas no son neutrales, sino que reflejan y perpetúan relaciones de poder y desigualdades en la sociedad, es posible aprovechar todo el “potencial político que tiene la cultura para pensarnos en colectivo y provocar transformaciones en proyectos de presente y futuro” (De la vega 2020, párr. 2). De allí la importancia de promover espacios de participación ciudadana en torno al aborto voluntario para la construcción de nuevos referentes simbólicos que permitan vivir, hablar y legislar sobre el aborto desde una perspectiva más humana y diversa, ajustada a nuestra realidad. Desde esta perspectiva podemos encontrar diversas maneras en las que las políticas culturales críticas aportan significativamente a la construcción de una política pública en salud sexual y reproductiva, tales como:

**1. Desafiando normas y estereotipos:** la perspectiva crítica de las políticas culturales puede cuestionar las concepciones tradicionales de roles de género, sexualidad y relaciones, y fomentar una visión más inclusiva y libre de prejuicios.

**2. Promoviendo de la educación sexual integral:** dichas políticas pueden respaldar la implementación de programas de educación sexual integral basados en evidencia científica y respetuosos de los derechos humanos. Estos programas pueden abordar puntualmente el tema del aborto, así como la prevención de enfermedades de transmisión sexual, anticoncepción, consentimiento, diversidad sexual y género, y empoderamiento sexual.

**3. Promoviendo el acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva:** desde esta perspectiva se puede abogar por garantizar un acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad para todas las personas, independientemente de su género, orientación sexual, origen étnico o socioeconómico. Puede poner énfasis en eliminar barreras como la discriminación, el estigma y la falta de información.

**4. Inclusión de diversas voces y perspectivas:** las políticas culturales críticas pueden fomentar la participación ciudadana y la inclusión de diversas voces y perspectivas en la formulación de políticas públicas en salud sexual y reproductiva. Esto

implica involucrar a grupos marginados o excluidos, como mujeres, personas LGBTQ+, jóvenes y comunidades indígenas, para asegurar que las políticas sean representativas y aborden sus necesidades específicas.

**5. Enfoque en la justicia social:** la perspectiva crítica de las políticas culturales puede situar la salud sexual y reproductiva dentro de un marco más amplio de justicia social. Puede abordar las desigualdades sociales, económicas y de poder que afectan la salud sexual y reproductiva, y trabajar hacia la equidad en el acceso a la atención y los recursos.

Vemos entonces todo el potencial que poseen las políticas culturales críticas para aportar a la construcción de entornos más saludables, inclusivos y respetuosos de los derechos en relación con la sexualidad y la reproducción. Lo anterior constituye un gran reto y una sentida necesidad en países como Colombia, marcado profundamente por una gran cantidad de violencias que han mancillado los lazos de solidaridad y comunicación entre las personas y donde la muerte de mujeres por abortos clandestinos constituye una evidencia más del abandono estatal.

## Conclusiones

En esta investigación me propuse explorar las barreras simbólicas que la despenalización del aborto voluntario encuentra en la cultura y en lo social, y que impiden que este derecho pueda vivirse de manera plena en Colombia. Desde este marco, la construcción de relatos de vida a partir de las experiencias de aborto de Ginna, Mayra y María Clara constituyó un eje central que me permitió comprender cómo se materializan las barreras, tanto materiales como simbólicas, en la vida real de las personas, ampliando mi reflexión más allá del campo médico y legal. De igual forma, estas narraciones me permitieron articular la reflexión sobre los marcos culturales y teóricos frente al aborto con mi experiencia profesional como psicóloga. En este sentido, los relatos de vida constituyeron una de las apuestas más significativas de este recorrido, las narrativas y la memoria sobre el aborto voluntario permiten identificar y cuestionar las barreras simbólicas que hemos construido y heredado torno a esta práctica.

Inicio entonces mis conclusiones en esta investigación recuperando la idea del silencio como una de las principales barreras que operan a nivel simbólico para limitar nuestra autonomía reproductiva. Este silencio cuenta con la capacidad de filtrarse por diferentes aristas en el camino hacia el aborto voluntario, como, por ejemplo, en la falta de información al respecto; en la falta de referentes culturales que permitan representar la experiencia de aborto en narrativas menos dramáticas y culpabilizantes; en la soledad con que generalmente es vivida esta experiencia; entre otras manifestaciones. Este silencio, más que indicar un vacío, inexistencia o la ausencia de respuestas frente al aborto voluntario, sugiere un ocultamiento, un esfuerzo por mantener en secreto un tema del que no se habla pero que todas, personas y sociedad en general, sabemos que existe. Este silenciamiento hace que, en muchos casos, sólo sea posible acceder a un aborto accionando algún tipo de privilegio, donde el económico es uno de los principales.

Reconocer esta condición de privilegio económico asociada a la clandestinidad del aborto, que a su vez es propiciada por la criminalización de esta práctica, fue una conclusión importante para esta investigación. Por un lado, la exploración teórica me permitió comprender que los porcentajes de aborto son similares en los países donde esta práctica está penalizada y donde no; lo que sí aumenta proporcionalmente al nivel de restricción del marco legal de cada país es el porcentaje de abortos clandestinos y potencialmente inseguros que se realizan (Instituto Guttmacher 2022). Desde esta

perspectiva, podemos entender la clandestinidad como una consecuencia directa de la criminalización del aborto. Por otra parte, las historias de vida de mis colaboradoras constatan lo planteado en diferentes investigaciones: una vez tomada la decisión de abortar, su carácter de delito no impide ni previene que se realice el aborto, y la inseguridad del aborto ilegal o clandestino, depende directamente de la cantidad de dinero que se pague para acceder a él.

Por tanto, esta reflexión se puede resumir en dos puntos evidenciados en el desarrollo de esta investigación: primero, la inoperancia del estado y de las diferentes sentencias para disminuir o mitigar el porcentaje de abortos voluntarios en Colombia; y segundo, la estrecha relación entre la criminalización del aborto con la reproducción de las desigualdades sociales, étnicas, geográficas y de clase estructurales en la sociedad colombiana. Lo anterior nos sitúa ante una tensión interesante entre criminalización, clandestinidad e inseguridad del aborto, donde se hace evidente que la cantidad de muertes y de complicaciones de salud -en su mayoría perfectamente prevenibles- generadas por abortos inseguros, son también un problema de desigualdad social en el país. Al respecto, resulta pertinente recordar que, aunque la Sentencia C-055 de 2022 permite el aborto voluntario hasta la semana 24 de gestación, esta práctica sigue siendo tipificada como un delito dentro del Código Penal colombiano.

Como vimos en el segundo capítulo de esta investigación, la ambigüedad de ser, al mismo tiempo, un delito castigado con cárcel y un derecho constitucional, termina generando un vacío en la interpretación de la norma que deviene en barreras de acceso para la persona que necesita abortar. De allí la importancia que tuvo para esta investigación el seguimiento realizado a la Sentencia C-055, ya que me permitió evidenciar que las barreras y los vacíos en la implementación del marco normativo son un problema que se viene presentando desde la legislación anterior, la cual rigió durante más de quince años, y parecen apuntar más a una falta de voluntad política e institucional que a la falta de instrumentos legales o técnicos para la implementación adecuada de la normativa existente. Comprender el lugar simbólico del delito como frontera de lo moralmente aceptable y como instrumento de regulación de los cuerpos, nos permite entonces interpretar la criminalización del aborto como una barrera simbólica administrada por el estado.

En este sentido, podemos entender también la ausencia de seguimiento estatal a la implementación de los marcos normativos sobre el aborto; la falta de formación académica sobre los procedimientos de aborto menos invasivos y peligrosos; la escasez

de referentes simbólicos que permitan representar la experiencia del aborto y la negativa estatal a retirar el delito de aborto del código penal colombiano como acciones de negligencia premeditada y no como simples descuidos o falta de interés estatal. Es importante tener en cuenta que nuestro derecho a la autonomía reproductiva, no se agota en la despenalización legal del aborto voluntario. Al reconocer este procedimiento como un derecho constitucional, se genera para el estado la obligación de garantizar una política de salud sexual y reproductiva amplia, clara y contundente (Dalén, Guzmán y Molano 2013, 27). En la cual el acceso a la información, a los anticonceptivos; a los controles durante la gestación; a los tratamientos para infecciones y enfermedades de transmisión sexual; entre otros servicios, sea una realidad y no un privilegio como tradicionalmente ha sido en el país.

Desde esta perspectiva, destaco la necesidad de construir una política pública con relación al aborto voluntario que permita devolverle su estatuto de derecho pleno. Lo cual sólo es posible a partir de una concepción crítica de las políticas culturales que vaya más allá de actividades conmemorativas y de inclusión de temas puntuales como la diversidad sexual, las cuales conllevan a una suerte de “exotización” de las identidades. Se trata entonces de políticas culturales capaces de generar cambios en las formas de relacionarnos como seres humanos y en nuestras concepciones sobre lo que somos como sociedad, donde la autonomía reproductiva sean consecuencia lógica de un país que respeta los derechos humanos. Dichas políticas, y prácticas culturales que promueven, tienen el potencial de influir en la construcción de identidades, en la distribución de recursos y en la inclusión de todos los sectores de la sociedad, centrándose en cuestionar y desafiar las narrativas y estructuras dominantes que pueden reproducir desigualdades y marginación.

Vemos entonces que el aborto voluntario en tanto marco legal y como práctica médica, está cruzado por las barreras simbólicas que he venido describiendo a lo largo de esta investigación. Barreras que arrastran las cadenas de un silencio forzado, impuesto culturalmente por un mandato de reproducción al servicio del capital. Considero importante resaltar que la política pública en sobre el aborto Colombia no suele tomar en consideración esta dimensión simbólica atravesada por barreras en diferentes dimensiones. Desde este horizonte de sentido, espero que esta investigación pueda a portar a seguir pensando la relación entre políticas culturales y aborto para producir significados que permitan seguir agrietando las barreras simbólicas que nos impiden acceder de manera plena a nuestros derechos y autonomía.

Es importante resaltar que la autonomía reproductiva de las mujeres y de los cuerpos gestantes continúa siendo un terreno en disputa en nuestra sociedad no sólo culturalmente sino también legalmente. Si bien la Sentencia C-055 de 2022 constituye un logro fundamental en el reconocimiento del derecho al aborto voluntario, no se puede perder de vista que los grupos fundamentalistas y antiderechos también se están fortaleciendo y pueden afectar gravemente nuestros derechos, de allí la necesidad de mantener una actitud vigilante. Esta característica de estar siempre en medio del debate y susceptible de cambiar también dificulta hacer investigación sobre el tema del aborto voluntario; pues al ser un tema que no se ha saldado, no permite establecer conclusiones permanentes, sino que exige una constante vigilancia.

Como reflexión final quisiera señalar que, en diciembre de 2022, al cierre de esta investigación, la academia ha otorgado el Premio Nobel de Literatura a la escritora francesa Annie Ernaux como reconocimiento a sus cinco décadas de un trabajo literario marcado por un estilo íntimo y reflexivo, en el que se permite explorar sus propias emociones y experiencias personales de manera honesta y sincera. Su obra se centra en temas como la memoria, la identidad y la historia personal (BBC News Mundo 2022). En su novela autobiográfica *El acontecimiento*, la autora narra su experiencia de aborto voluntario en un contexto de clandestinidad, a sus veintitrés años de edad. Una búsqueda por poner en palabras toda una amalgama de emociones, imágenes y pensamientos que se pusieron en juego para ella al enfrentarse a la decisión de abortar. En su texto, la autora nos narra su objetivo de escritura a modo de consigna:

Trataré por encima de todo de sumergirme en cada imagen hasta tener la sensación física de «unirme a ella», hasta que surjan las palabras de las que pueda decir: «eso es». Trataré de volver a escuchar cada una de las frases, indelebles en mí, cuyo sentido debió de resultarme entonces tan insoportable o, por el contrario, tan consolador. Y que cuando me acuerdo de ellas hoy, me invade el malestar o la dulzura (2001, 24).

Apuestas como estas evidencian el potencial de una narrativa no culpabilizante, que facilite la identificación con otras experiencias, con el fin de impactar los significados, prácticas, creencias y discursos que hemos heredado culturalmente y así como para agrietar las fronteras morales impuestas por el mandato de maternidad. Es aquí donde las Políticas Culturales tienen mucho por aprender y por aportar, y donde espero haber dejado las inquietudes necesarias para seguir pensando la dimensión simbólica del aborto voluntario desde las Políticas Culturales.

## Lista de referencias

- ABC Ciencia. 2012. “El ‘efecto Bruce’: las monas que abortan”. *Diario ABC España*. 27 de febrero de 2012. [https://www.abc.es/ciencia/abci-efecto-bruce-monas-abortan-201202270000\\_noticia.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F](https://www.abc.es/ciencia/abci-efecto-bruce-monas-abortan-201202270000_noticia.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F)
- Agencia Nacional de Noticias: Télam Digital. 2022. “Liberaron a cuatro socorristas detenidas por ‘abortos autogestionados’ en Villa María”. 26 de diciembre de 2022. <https://www.telam.com.ar/notas/202212/615387-socorristas-cordoba-detencion-aborto-autogestionado.html>
- Barraza Morelle, Cecilia; Gómez López, Claudia. 2009. *Un derecho para las mujeres: la despenalización parcial del aborto en Colombia*. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia Proyectos Temáticos Biblioteca Digital Feminista Ofelia Uribe de Acosta BDF Biopolítica y sexualidades. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/57837>
- Bautista Revelo, Ana Jimena, Anna Joseph, y Margarita Martínez Osorio. 2017. *Cárcel O Muerte, El secreto profesional como garantía fundamental en casos de aborto*. Documentos Dejusticia 40. Bogotá, octubre de 2017. <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/10/Ca%CC%81rcel-o-muerte-Versio%CC%81n-final-PDF-para-WEB.pdf>
- BBC News Mundo. 2022. “La escritora francesa Annie Ernaux gana el Nobel de Literatura 2022”. 6 octubre 2022. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-63157985#:~:text=El%20premio%20Nobel%20de%20Literatura%202022%20fue%20otorgado,y%20las%20restricciones%20colectivas%20de%20la%20memorial%20personal%22>.
- Bergallo, Paola, Isabel Cristina Jaramillo, y Juan Marco Vaggione (ed.). 2018. *El aborto en América Latina: Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Binomio de oro. 1999. “Me vas a extrañar”, compuesto por Jean Carlos Centeno. *Más cerca de ti*. Codiscos. <https://www.youtube.com/watch?v=8GHEXewfixM>
- Burneo Cristina. 2016. “Cuentos de brujas”. *Plan V*. Ecuador, 28 de septiembre del 2016. <https://www.planv.com.ec/ideas/ideas/cuentos-brujas>
- Cabnal, Lorena. 2010. “Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala”. En

- Feminismos diversos: el feminismo comunitario*. 10-25. Madrid: Acsur-Las Segovias. <https://www.suds.cat/wp-content/uploads/2015/11/Feminismos-diversos-feminismo-comunitario.pdf>
- Castañeda Salgado, Martha Patricia. 2003. *La interrupción voluntaria del embarazo: Reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*. Ciudad de México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. UNAM.
- Católicas por el derecho a decidir. *Quiénes somos*. <https://cddcolombia.org/quienes-somos/>
- Causa Justa. 2020. *Manifiesto Causa Justa*. Women's Link World Wide. <https://www.womenslinkworldwide.org/files/3134/manifiesto-causa-justa.pdf>
- COL Senado de la República. 2000. *Ley 599 de 2000: Por la cual se expide el Código Penal colombiano*. [https://funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=6388](https://funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=6388)
- COL Corte Constitucional de Colombia. 2006. *Sentencia C355 de 2006*. <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>
- . 2022. *Sentencia C055 de 2022*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/comunicados/Comunicado%20de%20prensa%20Sentencia%20C-055-22%20-%20Febrero%2021-22.pdf>
- COL Ministerio de Salud y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2014. *Determinantes del Aborto Inseguro y Barreras de Acceso para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Mujeres Colombianas*. <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/26-%20Determinantes%20del%20aborto%20inseguro%20y%20barreras%20de%20acceso.pdf>
- COL Ministerio de Salud. 2014. *Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en la Comunidad – RBC para Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/lineamientos-nacionales-rbc.pdf>
- COL Ministerio de Salud y Profamilia. 2015. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Tomo 2: Componente de salud sexual y salud reproductiva*. Colombia.
- . 2016. “Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres”. *En Abecé Línea: Salud Materna - Derecho a la Maternidad Elegida*. Grupo Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Dirección de Promoción y Prevención. <https://minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/pp/abcmaternidad-elegida.pdf>

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). 2020. *Resolución 1 del 2020: Pandemia y Derechos Humanos en las Américas*. 10 de abril de 2020. [https://iwgia.org/images/publications/new-publications/CIDH\\_Resolucion\\_1-2020.pdf](https://iwgia.org/images/publications/new-publications/CIDH_Resolucion_1-2020.pdf)
- Dalén, Annika; Diana Guzmán y Paola Molano. 2013. *La regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*. Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia. [https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi\\_name\\_recurso\\_339.pdf](https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_339.pdf)
- De la Vega, Paola. 2020. “Desectorizarnos: El desafío para imaginar otras políticas culturales”. *Revista Sycorax*. <http://proyectosycorax.com/desectorizarnos-el-desafio-para-imaginar-otraspoliticasculturales/?fbclid=IwAR20IKKVoAEk1eRnRcV>
- Diario Jurídico. 2022. “Colombia se retira de ‘Declaración del Consenso de Ginebra’”. 29 de agosto de 2022. [https://www.diariojuridico.com/colombia-se-retira-de-declaracion-del-consenso-de-ginebra/#:~:text=Colombia%20se%20hab%C3%ADa%20unido%20desde,de%20Estados%20Americanos%20\(OEA\).](https://www.diariojuridico.com/colombia-se-retira-de-declaracion-del-consenso-de-ginebra/#:~:text=Colombia%20se%20hab%C3%ADa%20unido%20desde,de%20Estados%20Americanos%20(OEA).)
- Do Pico, Marina. 2018. “Las hierbas de la emancipación: aborto, biopolítica y soberanía”. *Revista Amazonas*. 12 de junio de 2018. <https://www.revistaamazonas.com/2018/06/12/las-hierbas-de-la-emancipacion-aborto-biopolitica-y-soberania/>
- Ernaux Annie. 2001. *El acontecimiento*. Barcelona: Tusquets.
- Federici, Silvia. 2010. *Calibán y la bruja: Mujeres, Cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de sueños.
- . 2013. *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid: Traficantes de sueños.
- . 2018. *El patriarcado del salario, críticas feministas al Marxismo*. Madrid: Traficantes de sueños.
- . 2022. *Ir más allá de la piel. Repensar, rehacer y reivindicar el cuerpo en el Capitalismo contemporáneo*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Gómez López, Claudia. 2006. *Visibilizar, influenciar y modificar: despenalización del aborto en Colombia*. Nómadas. Universidad Central de Colombia.
- González Vélez, Ana Cristina y Viviana Bohórquez Monsalve. 2012. *Estándares sobre aborto, protección del derecho a la salud y otros derechos humanos. Rutas para avanzar en la agenda del Programa de Acción de El Cairo, más allá del 2014*.

- Estudio de caso sobre Colombia*. La Mesa por la Salud y la Vida de las Mujeres. Accedido 27 de junio de 2022. <https://biblioteca.corteidh.or.cr/tablas/r39132-spa.pdf>
- Greco, Julieta. 2019. “Rita Segato en la UNSAM: La antropóloga que incomoda”. *Revista Anfibia*. 08 de marzo de 2019. <http://revistaanfibia.com/cronica/la-antropologa-que-incomoda/>
- Grupo Médico por el Derecho a Decidir. 2011. *Embarazo no deseado, continuación forzada del embarazo y afectación de la salud mental*. <https://studylib.es/doc/4773503/embarazo-no-deseado--continuaci%C3%B3n-forzada-del-embarazo-y>
- Harding, Sandra. 1987. “¿Existe un método feminista? Feminismo y metodología”. Universidad de Indiana. Accedido 27 de abril de 2023. [https://urbanasmad.files.wordpress.com/2016/08/existe-un-mc3a9todo-feminista\\_s-harding.pdf](https://urbanasmad.files.wordpress.com/2016/08/existe-un-mc3a9todo-feminista_s-harding.pdf)
- Instituto Guttmacher. 2014. “El costo de la atención postaborto y del aborto legal en Colombia”. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*. New York: Número especial de 2014, pp. 2–12. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/SP00214.pdf>
- . 2022. “Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial”. *Hoja informativa*. Accedido 27 de abril de 2022. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-es.pdf>
- Laborda, Jorge. 2012. “Machos, hembras, abortos y el efecto Bruce”. *Podcast: Quilo de Ciencia*. Accedido 25 de mayo de 2021. <https://cienciaes.com/quilociencia/2012/04/29/machos-hembras-abortos-y-el-efecto-bruce/>
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. 2017. *Encuesta de percepción sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo – Colombia 2017*. [https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/15.-Encuesta\\_de\\_percepcion.pdf](https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/15.-Encuesta_de_percepcion.pdf)
- . 2019. *Causa Justa. Argumentos para el debate sobre la despenalización total del aborto en Colombia*. [https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2021/02/Argumentos\\_CausaJusta-virtual-final-1-1-1-2.pdf](https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2021/02/Argumentos_CausaJusta-virtual-final-1-1-1-2.pdf)
- . 2020. *Informe Contextual sobre el Aborto y la Anticoncepción Forzada a Mujeres Combatientes en el marco del Conflicto Armado*.

<https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2020/12/Libro-Informe-ContextoFINAL2-1.pdf>

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Fundación Oriéntame, Womens Link Worldwide, Red Nacional de Mujeres, Centro de Derechos Reproductivos, y Foro para la Mujer y el Desarrollo -FOKUS. 2021. *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el contexto de la pandemia por Covid-19*. Accedido 27 de junio de 2022. <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2021/08/Informe-barreras-covid-version-digital-definitiva.pdf>

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y Fundación Oriéntame. 2022. *Balance de los 100 días del Fallo Histórico: ¿Cómo va la implementación de la Sentencia C-055 de 2022?* <https://causajustaporelaborto.org/wp-content/uploads/2022/09/Balance-100-dias-1-min.pdf>

Los gigantes del vallenato. 1999. “Inocente”. *Siempre gigantes*. Codiscos <https://www.youtube.com/watch?v=y0Q7zmB18Ho>

Manthorne, Katherine. 2017. “Mirada femenina sobre américa del sur: María Sibylla Merian en Surinam, 1699–1701”. *Revista Nómada*. <https://revistaletrasnomadas.wordpress.com/2017/08/29/mirada-femenina-sobre-america-del-sur-maria-sibylla-merian-en-surinam-1699-1701/#more-1320>

Organización Mundial de la Salud - OMS. 1946. *Constitución de la Organización Mundial De La Salud*. Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York. Accedido 13 de julio de 2021 [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/202593/9789243650487\\_spa.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/202593/9789243650487_spa.pdf;sequence=1)

———. 2012. *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Segunda edición. Biblioteca de la OMS. ISBN: 978 92 4 354843 2

Pantoja, Andrés. 2013. “Análisis de la Sentencia C-355 de 2006”. *Escuela de Derecho*. Boletín No. 34. Instituto de Estudios Constitucionales. <https://studylib.es/doc/7672956/an%C3%A1lisis-de-la-sentencia-c-355-de-2006>

Reguillo, Rossana. 2006. “Los miedos contemporáneos: sus laberintos, sus monstruos, sus conjuros”. *Entre miedos y goces: Comunicación, vida pública y ciudadanía*. Bogotá: Universidad Javeriana. Pereira José Miguel y Mirla Villadiego (edit.). <https://envios.unsam.edu.ar/escuelas/humanidades/centros/ccie/pdf/n2/REGUILLO.pdf>

- Revista Legislación económica – Legis. 2022. “Corte Suprema revoca Roe vs. Wade, permitiendo a los estados prohibir el aborto”. 30 de junio de 2022. <https://publicgoodnews.com/2022/06/30/corte-suprema-eeuu-aborto-roe-wade/>
- Segato, Rita. 2003. *Las Estructuras Elementales de la Violencia: Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- . 2016. *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Tenorio, María. 2000. “¿Para qué servían (sirven) las prácticas y pautas de crianza tradicionales?”. Ponencia presentada en el XVII Foro de Preescolar Compensar. Bogotá. 19 de agosto de 2000. <http://cognitiva.univalle.edu.co/archivos/grupo%20cultura/MCT/Ponencias/Compensar%20para%20que%20servian%20las%20practicasy%20pautas%20tradicionales.pdf>
- Thomas, Florence. 2010. *Había que decirlo*. Bogotá. 2da edición. Ícono.
- Varea, Soledad. 2018. *El aborto en Ecuador: Sentimientos y ensamblajes*. Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - FLACSO.
- Viveros, Mara. 1997. “El aborto en Colombia: Debate público y dimensiones socioculturales”. Ponencia presentada en The 1997 meeting of the el Latin American Studies Association. Guadalajara. 19 de abril de 1997. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/lasa97/viveros.pdf>
- Viveros, Mara y Ángela Facundo. 2012. “El lugar de las masculinidades en la decisión del aborto”. *Revista latinoamericana: Sexualidad, Salud y Sociedad*. Río de Janeiro. (12): 135-63. <https://www.redalyc.org/pdf/2933/293324656007.pdf>
- Women's Link Worldwide. 2007a. *La liberalización del aborto en Colombia*. Mayo 2007. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3585>
- . 2007b. “Murió en Pereira Martha Solay González”. 13 de junio de 2007. <https://www.womenslinkworldwide.org/informate/sala-de-prensa/murio-en-pereira-martha-solay-gonzalez>
- . 2011. *LAICIA: Litigio de Alto Impacto - La despenalización del aborto en Colombia*. 30 de marzo de 2011. Vimeo. <https://vimeo.com/21714655>