

**Análisis comparativo de la Política pública Sobre la Interrupción Voluntaria del
Embarazo en Colombia, Chile, Argentina y Brasil**

Gloria Inés Zapata Campos

En el presente ensayo se plantea un análisis comparativo sobre la política pública que se ha desarrollado en torno a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en cuatro países de Latinoamérica: Colombia, Argentina, Brasil y Chile, con ello se pretende identificar los elementos más comunes presentes en la implementación de políticas sobre el aborto en los cuatro países, así como el avance normativo que permita promover la equidad de género y garantizar el derecho a la autonomía de la mujer, teniendo en cuenta las exigencias que se establecen en el contexto internacional para avanzar en la despenalización y legalización del aborto, siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones especiales, las cuales varían dependiendo el orden jurídico de cada país.

¿Qué es la Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)?

Se define como una opción que tiene la mujer para terminar de manera consciente la gestación, contando para ello con toda la asesoría médica y psicológica necesaria, a través de un proceso por medio del cual se protegen y ratifican sus derechos a la autonomía y a la autodeterminación reproductiva (Benavente y Valdés, 2020). Sin embargo, la IVE depende del cumplimiento de una serie de requisitos y circunstancias para que sea legal en cada ordenamiento jurídico, las cuales varían dependiendo de factores como el marco legal asociado, las características del contexto sociocultural y el contenido de la política pública que exista en materia de despenalización y legalización del aborto.

¡El dilema de la mujer al querer interrumpir legalmente su embarazo!

En este punto, es necesario hacer hincapié que la decisión acerca de la IVE, abre un debate desde diferentes ángulos, de carácter político, ético y académico, sobre el cual ha resultado complejo llegar a concordancias. Esto principalmente es debido a que el concepto de autonomía o libertad que debe tener una mujer sobre su cuerpo y sobre sus derechos reproductivos y sexuales, se encuentra en posibles confrontaciones o contradicciones con otros aspectos relacionados con los conceptos de derecho a la vida, sobre los que se establecen los derechos fundamentales y constitucionales de cada país. En línea con el criterio anterior, también se considera necesario establecer análisis comparativos entre diversos países, que permitan comprender y profundizar el

debate que se ha venido generando sobre el tema, además de reconocer cuáles son las condiciones y los obstáculos que deben enfrentar las mujeres que optan por una IVE.

En particular, la importancia en el desarrollo de debates y posiciones frente a la IVE se ha venido acrecentado en los últimos años en la región, debido a la publicación del Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro en América Latina y el Caribe (CLACAI), en la cual se presenta la necesidad de establecer estrategias de renovación para avanzar en el diseño e implementación efectiva de políticas públicas sobre el tema (CLACAI, 2015). La publicación se ha convertido en un eje fundamental para comprender las problemáticas asociadas al aborto en Latinoamérica, las causas y consecuencias, así como los obstáculos que deben enfrentar las mujeres en cada país para interrumpir su embarazo. También se exponen las diversas posturas que existen frente al tema, y el análisis de casos concretos en los cuales los ámbitos penales e institucionales entran a participar en el proceso.

EL PAPEL DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

Se puede observar, desde una mirada inicial sobre la forma en la cual se ha venido tratando y discutiendo el tema, que las características del contexto y del entorno inciden de manera determinante en la orientación y diseño de las políticas públicas asociadas con la IVE. Dentro de dichas características se resalta, por ejemplo, el desarrollo local de las políticas públicas en las cuales se consideran, protegen y garantizan los derechos de la mujer (Lescano y Coime, 2016); las visiones particulares que existen sobre la familia y el matrimonio (Nichols y Cuesta, 2018), factores relacionados con la situación económica de cada país (Braga, Castro, Lacerda y Cunha, 2015), aspectos emocionales y psicológicos relacionados con el aborto (González, 2017); y experiencias de la población adolescente frente al aborto (Prada, Biddlecom y Singh, 2012).

Los siguientes cuatro países, han desarrollado diversas políticas que permiten mayor accesibilidad a la IVE, algunos con criterios similares de libertad de decisión y otros con opresión y poca autonomía en lo que a derechos sexuales y reproductivos se refiere.

1. Colombia: Problemáticas que limitan la aplicación práctica efectiva de la normatividad en la IVE.

Historia: Antes del año 2006 en Colombia se encontraba penalizado el aborto en todas sus circunstancias. El país hacía caso omiso de las recomendaciones de las comisiones internacionales sobre los derechos de la mujer, en las cuales se establecía la necesidad de revisar la penalización absoluta, teniendo en cuenta el crecimiento constante de la ilegalidad y clandestinidad de la práctica, y reconociendo también que durante la década que va de 1995 al 2005, el aborto se establecía como la segunda causa de muerte materna en el país. En medio de este panorama complejo, el planteamiento de autores como Vélez (2005) es que en el país se debía reconocer que: El único camino posible para evitar las muertes por abortos que se practican clandestinamente en forma insegura amparados en la situación de ilegalidad, para evitar la inequidad que se deriva de esta misma ilegalidad y para recobrar el sentido de la norma y propender el ejercicio pleno de la autonomía reproductiva de las mujeres y las condiciones para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, es buscar la legalización del aborto en forma definitiva (Vélez, 2005, p. 627).

Solo un año después, en el 2006, se generaría un avance importante en Colombia para la despenalización y legalización del aborto, por medio de la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, en la cual se define a la IVE como: *La terminación de una gestación por personal idóneo, usando técnicas asépticas y criterios de calidad que garanticen la seguridad del procedimiento, en instituciones habilitadas conforme al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que cuenta con la voluntad de la mujer, cuando no se incurre en delito de aborto correspondiendo a las situaciones despenalizadas (Corte Constitucional, Sentencia C-355 de 2006)*

Colombia y la llegada de la sentencia C-355 de 2006:

En particular, la sentencia ampara a la IVE en casos en los cuales la continuidad del embarazo representa un peligro o un riesgo para la vida y la salud de la mujer; cuando el embarazo es el resultado de un acto no consentido por la mujer, como una conducta de acceso carnal violento o de transferencia de óvulo fecundado no consentida; y cuando el feto posee algún tipo de problema o malformación que hace inviable su vida o su bienestar. La sentencia reconoce que la penalización

del aborto en todas sus condiciones es una violación a los derechos de la mujer, y una práctica ilegal que violaba el derecho al acceso a la salud.

La sentencia C-355 del 2006, cuya finalidad central es la de asegurar el acceso a la IVE de manera segura, para todas las mujeres que cumplan con los tres criterios anteriormente descritos, contando así con herramientas legales de protección, asesoramiento, seguridad y bienestar de la mujer para acceder a servicios de IVE, no obligaba a las autoridades de salud a adaptar protocolos y normas relacionadas con el ejercicio de la IVE, ante esta problemática, el Ministerio de Salud y Protección Social debió fortalecer la accesibilidad al diseñar y adoptar un conjunto de normas que tienen la función de garantizar el desarrollo de procesos idóneos, bien asesorados y planificados, en caso de que una mujer opte por la IVE¹.

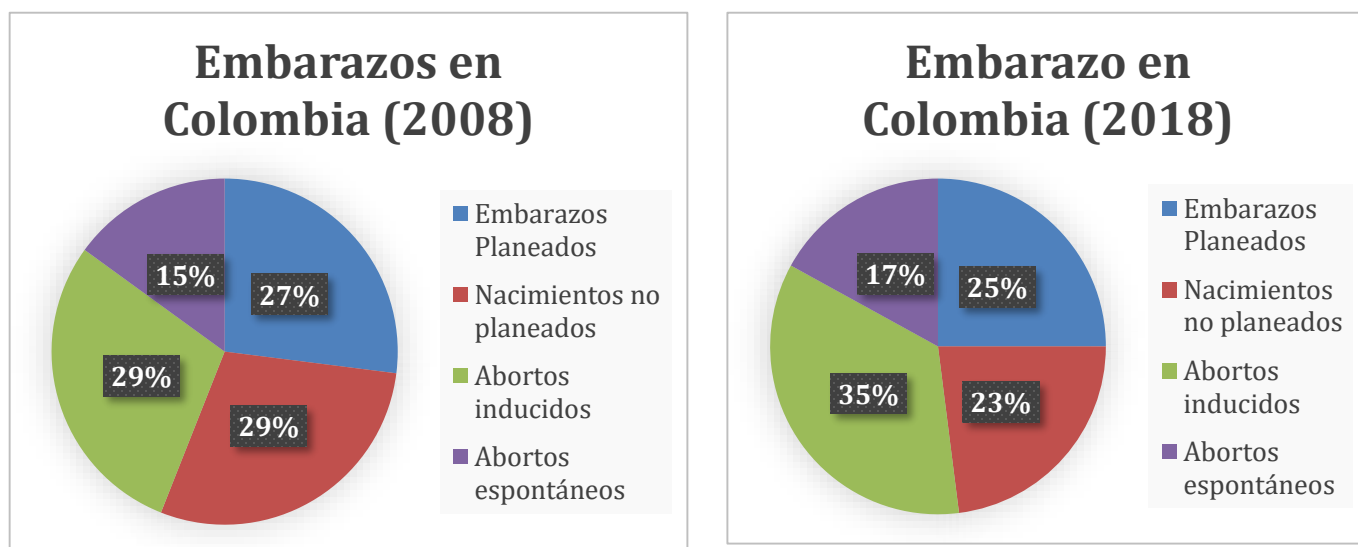
¿Qué motivó la política de la IVE en Colombia?

Es importante considerar cuáles fueron las causas que orientaron el desarrollo de la política de garantía de acceso a la IVE y de la sentencia C-355 de 2006. En primer lugar, como lo explican Campo y Erazo (2018), tanto la política como la sentencia se establecieron en Colombia como una respuesta ante una serie de problemáticas que se venían presentando en el campo de salud pública, ya que la práctica de abortos ilegales se había convertido en la tercera causa de muerte de las mujeres en el país. De acuerdo con cifras planteadas por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), los abortos inducidos en Colombia fueron realizados en un 28.5% en centros, hospitales o puestos de salud públicos, el 26.1% no tuvieron ningún tipo de atención; el 17.5% acudió a la atención de médico particular y el 13.3% solicitó atención a la EPS.

A continuación, se presenta un comparativo entre las cifras de los embarazos en Colombia, entre los años 2008 y 2018:

¹ Dentro de dichos documentos normativos se encuentra el Decreto 4444 (2006) del Ministerio de Salud y Protección Social, que reglamenta Aspectos de Salud Sexual y Reproductiva, dentro de los cuales se resalta la disponibilidad del servicio y la prohibición de discriminación. También se encuentra la Resolución 4905 de Norma Técnica (2006), en la cual se definen las características del servicio de IVE, especificando los procedimientos, procesos de admisión, asesoramiento, consentimiento informado y seguimiento de los casos. Se resalta también el Acuerdo 350 (2006) del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), en el cual se incluye la atención para IVE en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.

Figura 1. Comparativo entre los resultados de embarazo en Colombia, 2008- 2018.



Fuente: Elaboración propia con información tomada de Fuente y Erazo (2018).

Las cifras que representan los abortos inducidos aumentaron, sin duda alguna gracias a la implementación de la política pública, también se observa que han reducido los embarazos no planeados, lo cual influye de manera positiva en el fortalecimiento de las acciones enfatizadas a garantizar la buena salud sexual y reproductiva, como lo es la planificación familiar. La tasa de abortos se mantiene constante en el país, lo cual muestra que una regulación no implica un aumento desahogado en dicha tasa. Así es importante tener en cuenta que además de responder a las cifras sobre el aborto en el país, la política pública también tiene un enfoque importante en la justicia social, en la medida en que se trata de darles a todas las mujeres las mismas posibilidades para que cuenten con toda la asesoría y apoyo de tipo médico legal y psicológico al momento de practicar un aborto.

Por otra parte y tal cual lo explica el Observatorio de Igualdad de Género de América latina y el Caribe (2012) la sentencia contempla como un problema fundamental el hecho de que son las mujeres más vulnerables las que están en más riesgo por la práctica de abortos inseguros, y por hechos violentos asociados con violación, es por ello que la política pública también se establece como un recurso que permite enfrentar y disminuir las barreras de acceso de la población vulnerable a procedimientos idóneos de IVE.

Finalmente, como lo explica Lamas (2017) esta política también tiene un enfoque importante de igualdad de género, en la medida en la cual se trata de avanzar en el respeto por la autonomía de las mujeres. Cabe recalcar que a partir de lo resuelto en la sentencia se esperaría que la IVE no tuviera complicaciones y obstáculos en su aplicación para las mujeres colombianas. Sin embargo, se han interpuesto varias tutelas en torno a la violación de estos derechos y las limitaciones a las que se ven sometidas las mujeres al querer ejercer su derecho a la IVE en los casos específicos, evidenciando un problema estructural en el acceso a la información y las limitaciones que se presentan por los procesos burocráticos y discriminatorios.

¿En cuanto a las barreras!

En particular, la problemática se refleja en la falta de coordinación para la implementación de la política en diferentes actores y órganos del Estado, como el Ministerio de Salud y Protección Social, la Corte Constitucional y el Consejo de Estado. Por ejemplo, el Consejo de Estado ha suspendido desde el año 2009 el decreto 4444 del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el cual se establecen y reglamentan aspectos de la Salud Sexual y Reproductiva que son claves para el desarrollo efectivo de la IVE. Adicionalmente, se han venido presentando problemas en la misma prestación del servicio, pues continuamente se observan casos en los cuales las instituciones médicas limitan el acceso efectivo a la IVE, por ejemplo, pidiendo una excesiva documentación a las mujeres, entorpeciendo los trámites e imponiendo largos tiempos de espera que pueden afectar de manera drástica la decisión de la mujer.

En este sentido, se puede observar que en la política pública colombiana: “Persisten barreras administrativas, fallas en la disponibilidad del servicio y demoras injustificadas que dificulta que las mujeres colombianas accedan al servicio de interrupción voluntaria del embarazo” (Cepal, 2012, p. 4). Es tal que siguiendo las apreciaciones del Observatorio de Igualdad de Género de América latina y el Caribe (2012), se confirma que hacen falta procesos pedagógicos a través de los cuales se difunda toda la información que necesitan las mujeres para orientar mejor sus procesos de toma de decisión, especialmente en lo que se refiere a los problemas que existen para su salud en caso de continuar con un embarazo riesgoso. También hace falta una mejor información sobre los efectos de los procedimientos médicos asociados con la IVE, con respecto a factores como el riesgo y el manejo del dolor. En palabras de Espitia (2018) también existen demoras en el

desarrollo de la certificación médica de los especialistas, en la cual se prescribe la necesidad de interrumpir el embarazo.

De acuerdo con las apreciaciones del Observatorio de Igualdad de Género de América latina y el Caribe (2012), hacen falta procesos pedagógicos a través de los cuales se difunda toda la información que necesitan las mujeres para orientar mejor sus procesos de toma de decisión, especialmente en lo que se refiere a los problemas que existen para su salud en caso de continuar con un embarazo riesgoso, sobre los efectos de los procedimientos médicos asociados con la IVE, con respecto a factores como el riesgo y el manejo del dolor.

El marco legal y la violación del derecho en la negación de los servicios de IVE:

Además, en el plano legal, en las Sentencias T-988 de 2007 y T-209 de 2008 se evidencia que las entidades prestadoras de salud se negaron a realizar la IVE en una mujer mayor de edad en situación de discapacidad, embarazo producto de un acceso carnal violento, y otra menor de 14 años abusada sexual y psicológicamente. Estas acciones de tutela evidencian el desconocimiento del marco jurídico entorno al acceso a la salud, en un procedimiento específico para mujeres, violentando así su derecho al acceso a la justicia y a los DSR y al derecho a la salud.

Así mismo, cuando la vida o salud física, mental o emocional de la mujer están en riesgo, las entidades prestadoras de salud se negaron a prestar el procedimiento generado (T-009/2009; T-841/2011; T-959/2011; T-532/2014). En estas sentencias también se evidencia el precario conocimiento de los funcionarios de la justicia, quienes minimizan o presentan cargas morales sobre las solicitudes de las demandantes, violentando el derecho al acceso a la justicia.

¿Serán los profesionales de salud una barrera más de la IVE?

Junto a todo lo anterior, la autonomía de la mujer muchas veces queda relegada a un segundo plano ante la opinión de los médicos, quienes son finalmente los que certifican y aprueban la IVE, en casos en los cuales se solicita porque puede generar afectaciones a la salud de la mujer. En el caso en el cual la IVE se solicita por alguna malformación del feto, se genera comúnmente una importante demora en los exámenes diagnósticos, o desacuerdos entre el médico y la mujer que generan como resultado que no se certifique la malformación (Espitia, 2018). Con relación al otro requisito por el cual se puede despenalizar el aborto, es decir, embarazos producto de violación, se

presentan también dificultades al tratar de esclarecer las situaciones violentas, especialmente cuando se exigen requisitos adicionales a aquellos que han sido reglamentados por la ley.

Es importante tener en cuenta que la percepción de los profesionales médicos también puede llegar a tener una incidencia relevante en torno a los debates que se generan en el país sobre la IVE, y sobre la aplicación efectiva de la política pública. El problema es que no hay muchos estudios que hayan analizado este tema, en Colombia únicamente se encontró, la investigación de Laza y Castiblanco (2016), que tiene como objetivo comprender la percepción de un grupo médicos en el Hospital de San José (HSJ), acerca de la IVE:

Cabe resaltar que los resultados de este estudio revelan cómo las percepciones de los participantes sobre la Sentencia C-355 de 2006 y la IVE no son lejanas a los discursos de las organizaciones civiles y postulados de la Corte Constitucional. Así, además de ser parte del gremio médico, también lo son de una sociedad que no alcanza a comprender lo positivo de esta normativa, que va más allá de la preservación de la vida de la mujer y el bienestar de su salud reproductiva, ya que también alcanza la resolución de históricas problemáticas del país como la mortalidad materna, la pobreza y la gestación adolescente (p. 76).

La percepción del personal médico está ligada a la decisión final que toman las mujeres sobre su embarazo, pero aun así la política pública no ha contemplado orientaciones que permitan mejorar la relación, comunicación e información que debe existir entre el médico y la mujer, lo cual genera importantes limitaciones en la aplicación de normatividad.

En síntesis, en el caso de Colombia se observa una compleja inconsistencia entre lo que se ha especificado en la ley y lo que ocurre en la realidad, además de una serie de vacíos normativos que dan paso a la improvisación y a la falta de aplicación de criterios comunes y estandarizados para cada uno de los casos de IVE que se presentan. En conjunto, todas estas problemáticas y limitaciones han venido generado como resultado una situación de suma gravedad, más aun teniendo en cuenta que hay muchas mujeres en el país que aun cumpliendo con los requisitos para la despenalización del aborto, son criminalizadas. En efecto, según un informe de la fiscalía, entre el año 2005 y el 2017 ha habido un total de 2290 mujeres que han sido judicializadas por la práctica del aborto. Lo más preocupante es tres de ellas tenían 11 y 12 años, cuando la Ley colombiana siempre presume violencia sexual en menores de 14 años.

Finalmente, se evidencia que no hay garantías para la intimidad de la mujer que decide abortar y que cumple con los requerimientos contemplados en la Sentencia C-355 de 2006, razón por la cual muchas mujeres prefieran recurrir a instituciones clandestinas. Ante estas situaciones, es importante, como lo señala la CEPAL (2012): “Incidir en la formación de los profesionales y personal de salud de modo que se puedan lograr transformaciones en la disposición a implementar efectivamente la política” (p. 5).

2. Argentina: La transición de políticas de asesoramiento a medidas de despenalización del aborto

Según las cifras ofrecidas por el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), en Argentina se realizan entre 370.000 y 520.000 abortos por año. Por otro lado, 2 de cada 10 de las mujeres que mueren en este país por causas maternas, fallecieron debido a la práctica ilegal e informal de abortos. Además, 2 de cada 10 mujeres que se practicaron un aborto legal tenían 19 años o menos, y 3 de cada 10 tenían entre 20 y 24 años.

Las cifras demuestran, por tanto, una importante problemática en Argentina con respecto al aborto. Sin embargo, aunque se han generado avances importantes en el plano legal para promover la despenalización del aborto en ciertos casos, además de mejorar los procesos de asesoría y acompañamiento a las madres gestantes, aún se presentan limitaciones en el desarrollo de una política pública que ayude a fortalecer y a promover el desarrollo de los protocolos de atención que han venido siendo elaborados por el Ministerio de Salud de ese país.

Avance de las políticas garantes de la IVE en Argentina:

En Argentina, la normatividad sobre IVE se ha orientado a partir de un proceso que ha experimentado una transición del desarrollo de un modelo de consejerías pre y post aborto, hacia el diseño y desarrollo de un marco legal mediante el cual se orientan y protegen las IVE. En el caso del primer modelo, como lo explica Fernández (2018), el enfoque había sido el de prevenir riesgos en la salud de las mujeres, y ofrecerles una asesoría de tipo psicológica que les permita tomar una decisión acertada, considerando todas las variables asociadas. Así mismo el modelo de la protección legal de la IVE se establece a partir de la despenalización del aborto, específicamente

en casos en los cuales el embarazo haya sido producto de una violación, o cuando represente un riesgo para la salud de la mujer. En palabras de Fernández (2018):

Las políticas públicas de aborto en el Área Metropolitana de Buenos Aires, en la última década, han estado en manos de "los eslabones más concretos de la política pública", insider activists, que usando el aparato del Estado a través del sistema de salud público, han generado condiciones de mayor accesibilidad a los abortos seguros, primero a través de las consejerías pre y post aborto y, desde 2015, a través de la resignificación de las causales de no punibilidad contempladas en el Código Penal .

Historia: Para empezar el análisis sobre el desarrollo particular de este proceso de transición, es importante considerar que, según el Código Penal de 1921, el aborto es tipificado en Argentina como un delito contra las personas que debe ser sancionado con la privación de la libertad, tanto para la mujer que consiente la práctica como para la persona que la ejecuta. Si bien en el Código Penal se contemplaban una serie de causas de punibilidad (cuando hay violación o cuando el aborto se comete con el fin de evitar un peligro para la vida de la mujer), la realidad, como lo plantea Bergallo (2009), es que durante gran parte del siglo XX en Argentina el aborto se consideró desde un enfoque prohibicionista, y en la práctica se institucionalizó como una práctica informal, incluso en los dos casos en los cuales la ley lo despenalizaba.

Y solo hasta el año 2012 se genera un avance importante en la orientación de una política pública sobre la IVE, por medio de la expedición del fallo F. A. L. s/medida autosatisfactiva, proferido por la Corte Suprema de Justicia, en el cual por primera vez se relaciona el concepto de aborto con la legalidad y despenalización. De esta forma, el aborto no punible abre una nueva perspectiva en la cual no solo se avanza en la despenalización y en la posibilidad de que en la práctica el aborto dejara de ser considerado como un procedimiento informal. Otro avance considerable que se establece a través de este fallo es que se establecen medidas para asesorar a las mujeres que deben practicarse un aborto, y se prohíbe la obstaculización por parte de los servicios de salud, siempre que se cumpla con las dos condiciones centrales.

El desarrollo de este fallo dictaminado por la Corte Suprema de Justicia Argentina en el 2012, coincidía con el desarrollo de un cambio en el análisis sobre el aborto en toda la región de América latina, a través del desarrollo de políticas públicas que tenían como finalidad central promover la

igualdad de género al proteger el derecho a la autonomía de las mujeres, además del desarrollo de nuevos estudios sobre la importancia de la salud sexual y reproductiva como uno de los temas prioritarios de la salud pública. En particular, se comienza a profundizar su relación con el estado general de bienestar físico, mental y social de todas las personas.

Por otro lado, siguiendo las apreciaciones de Bergallo (2014), el fallo del 2012 en Argentina también fue posible debido al siguiente conjunto de hechos y condiciones:

- La disponibilidad de Misoprostol en América Latina, medicamento utilizado en los procesos de IVE.
- Un mayor conocimiento sobre el uso abortivo de distintos medicamentos que tradicionalmente eran usados con otros fines.
- El desarrollo de las consejerías pre y post aborto, como entidades del Estado que se han encargado de brindar asesoría, protección y acompañamiento a las mujeres que debían practicar el aborto.
- El desarrollo de un giro semántico por medio del cual se desarrolló el concepto de los abortos no punibles como Interrupciones Legales del Embarazo, lo cual representó un avance determinante para la contemplación concreta de casos de legalización y despenalización.

En conjunto, estas condiciones no solo ayudarían a legalizar, en ciertos casos, una práctica que tradicionalmente había sido considerada como ilegal e informal, sino que también ayudaba a promover una nueva percepción sobre el tema en los ciudadanos y en el personal médico.

La percepción del personal de salud ante el protocolo de la legalización del aborto:

Sin duda alguna, como lo explica Bergallo (2009) la percepción que tiene el personal médico sobre la IVE influye en gran medida en la aceptación social de los procedimientos. Esa percepción varía notablemente entre los profesionales médicos de acuerdo con su contexto social, su experiencia profesional, cultura y creencias religiosas. En este sentido, el desarrollo de un giro semántico con respecto al tratamiento que se le había dado el tema del aborto, ha ayudado a comprender puntos de vista diferentes y a mejorar la participación del personal médico capacitado en la IVE.

Es importante hacer referencia al Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, el cual fue publicado en el año 2015 por el Ministerio de Salud. El principal avance del protocolo, es que ayuda a mejorar la interpretación y análisis sobre un interrogante que había quedado abierto luego del desarrollo del fallo 2012: ¿cuáles son las condiciones de un embarazo que pueden poner en peligro la salud y la vida de una mujer? Para responder a esta pregunta, el Protocolo plantea tres principales, los cuales son:

- El principio de integralidad de la salud, referido a una interacción y desarrollo adecuado de las dimensiones físicas, mentales y sociales de la mujer.
- El concepto de riesgo como probabilidad de ocurrencia.
- El principio de autonomía de las mujeres, según el cual ellas tienen la posibilidad de decidir cuáles son los riesgos que están dispuestas a correr en un embarazo.

El fallo del 2012 y el Protocolo del 2015 han ayudado a generar importantes transformaciones en la práctica. Por ejemplo, siguiendo las palabras de Fernández (2018), se ha avanzado en:

- 1) La creación de un instrumento de diagnóstico en el que las categorías derivan de las narrativas de las mujeres, es decir, son éstas quienes definen las razones por las que acceden a una interrupción legal del embarazo;
- 2) El registro de la práctica, que se realiza en la historia clínica de la paciente, mediante una extensa justificación que incluye argumentos que apelan al CPA y al Protocolo de 2015;
- 3) Menores barreras en el acceso a la medicación, bien porque se entrega gratuitamente a la paciente, o bien porque se facilita la prescripción médica (p. 44).

Sin embargo, a pesar del desarrollo de un nuevo conjunto de condiciones que han modificado la percepción sobre el aborto, la realidad es que en Argentina la práctica de la IVE se sigue presentado en una zona gris, debido al desarrollo de un contexto de legalidad restrictiva (Fernández, 2018). Estas problemáticas se deben principalmente, a que en el país no existen regulaciones normativas para soportar el desarrollo y aplicación efectiva del Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, lo cual genera como resultado la falta de criterios comunes que orienten los procesos de toma de decisión del personal médico, dejando

de esta manera un amplio espacio para la interpretación realizada por cada profesional sobre las causales y riesgos que pueden afectar la salud de la mujer en caso de continuar con el embarazo. Esta situación hace que, por ejemplo, algunos especialistas en la salud aprueben la IVE en un caso, mientras que otros no la consientan en el mismo caso, lo cual puede generar una situación de vulnerabilidad y desprotección para las mujeres.

La objeción de conciencia ha sido resultado de la legalización de la IVE en Argentina, lo cual permite identificar que en la expedición de estas leyes había plena conciencia del impacto que generaría sobre la moral y las concepciones espirituales o religiosas de la mayoría. Por esto se destaca que el aborto se contempla como un fenómeno que aún está sujeto a las consideraciones más personales de las personas y que, por lo tanto, la concepción sobre la vida y el derecho que la mujer tiene sobre su cuerpo son temas de amplia discusión. Sin embargo, es claro que la reglamentación del aborto en Argentina evidencia mayor apertura moral en relación con el proceso que se ha llevado a cabo en otros países.

El hecho de que el aborto haya sido legalizado en Argentina implicó la transformación de las estructuras, procedimientos e instrumentos que regulan las entidades prestadoras de salud, así como de la normatividad que incluye la libertad de conciencia y objeción de conciencia en dicho país. En este sentido, está limitado el desarrollo de la objeción de conciencia y, de hecho se encuentra una tendencia a que dicha obligación sea lo más controlada posible con el fin de evitar abusos e intervención de intereses que entorpezcan el legítimo derecho de las mujeres gestantes que legalmente puedan abortar.

3. Brasil: una situación de tensión entre medidas restrictivas sobre el aborto y elevados indicadores de mortalidad por abortos clandestinos.

Historia; En el caso de Brasil se observa que tradicionalmente el aborto ha sido considerado como un crimen, razón por la cual en el siglo XX las políticas frente al tema tuvieron la intención central de fortalecer los mecanismos restrictivos, en lugar de establecer esquemas de apoyo y asesoramiento para las mujeres. Por ejemplo, se resalta el Código Penal de 1940, en el cual el aborto es considerado como punible a excepción de dos condiciones particulares: cuando es producto de una violación o cuando está en riesgo la vida de la mujer. Al primero se le ha

denominado, en el marco normativo brasileiro, aborto sentimental, mientras que el segundo caso se conoce con el nombre de aborto terapéutico.

¡Avances en la protección de la mujer y sus derechos sexuales y reproductivos!

Se observa que en Brasil se ha venido suscribiendo al desarrollo de convenios internacionales por medio de los cuales se ha avanzado en lo que tiene que ver con el respeto y protección de los derechos de la mujer frente a los embarazos no deseados o riesgosos, como es el Programa de Acción del Cairo (1994) y la Plataforma de Acción Mundial de Mujer, de Beijing (1995). En conjunto, estos instrumentos internacionales le han permitido a Brasil avanzar en la lucha contra el aborto ilegal y clandestino, teniendo en cuenta la importancia de cifras que demuestran una relevante problemática social.

Por ejemplo, para explicar las cifras, se tienen en consideración las palabras de síntesis planteada por Dides, Benavente y Sáenz (2011):

Según la estimación realizada por el Instituto Allan Guttmacher, en 1994, en Brasil ocurren 1.443.350 abortos anuales, es decir, 3,7 abortos por cada 100 mujeres al año. Por su parte, las cifras estimadas Correia & Freitas en 1997 son menos alarmantes que las anteriores, ya que la cantidad de abortos practicados anualmente irían de 728.100 a 1.039.000. Finalmente, según la investigación realizada durante el 2006 por IPAS, UERJ, IMS y patrocinado por el Ministerio de Salud, la tasa de abortos al año era de 2,7 abortos por cada 100 mujeres (p. 76).

De acuerdo con cifras presentadas por Pattaro (2009), el aborto ilegal se ha establecido como la segunda causa de la mortalidad materna, y en un 25% como causa de la infertilidad materna. Sin embargo, a pesar de que estas cifras relevan una situación preocupante en Brasil, más allá de la suscripción a pactos o convenios internacionales, en el Estado brasileiro no se han generado intentos para establecer iniciativas concretas frente al tema del aborto, razón por la cual en la 39ª Sesión del Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación a la Mujer (julio de 2007), se realiza la recomendación al país de avanzar en la consolidación de un marco legal y normativo que permita reducir la mortalidad materna a causa de la práctica de abortos clandestinos.

Brasil no cuenta con bases normativas fuertes para apoyar la IVE.

La carencia de una política pública integral sobre la IVE en Brasil, se debe principalmente a que los debates sobre el tema del aborto no han tenido la incidencia esperada en el congreso. En particular, siguiendo las apreciaciones de Pattaro (209), se pueden observar tres periodos en los cuales se ha venido desarrollando el debate sobre el aborto en Brasil, los cuales comparten en común la falta de interés del congreso y la ausencia de instrumentos normativos que orienten de manera efectiva procesos de asesoramiento para las mujeres y protocolos adecuados de atención. Los tres periodos a través de los cuales se ha venido orientando el debate son los siguientes:

- Etapa inicial: Esta etapa inicia en la década de los 40 y se extiende hasta finales de los 70. De una manera débil y esporádica se comienzan a tratar a nivel de la política pública temas relacionados con los derechos de la mujer, la autonomía y el control de la natalidad. Sin embargo, en este periodo se observa una participación sumamente restringida de los actores sociales, razón por la cual no se crean instrumentos ni medidas específicas.
- Etapa de transición: Comienza a partir de la década de los 80, y se presenta una intensificación del debate. Esto se debe principalmente al desarrollo y conformación de la Asamblea Nacional Constituyente de 1987, en la cual uno de los temas centrales de debate fue precisamente la legalización del aborto, debido a las propuestas de la sociedad y a un debate importante en torno a la defensa de la vida y a la autonomía de la mujer para tomar decisiones sobre su propia vida y su cuerpo. Se producen, de esta forma, importantes tensiones entre la iglesia y los movimientos feministas, las cuales tampoco dejaron como resultado alguna especie de convenio o pacto concreto sobre el tema.
- Etapa de consolidación del debate: Inicia en la década de los 90, cuando cada vez más parlamentarios se sienten identificados con las ideas del movimiento feminista. Se amplía la participación de actores políticos y sociales, aunque tampoco se generan mayores avances concretos que ayuden a promover la orientación y diseño de una política pública propia.

En síntesis, el análisis de estas etapas permite observar: “(...) un juego político repleto de meandros, pero sin presentar cambios sustanciales en la legislación, está asociado a la acción de los actores políticos y sociales y su influencia directa o indirecta en el Congreso Nacional” (Baltar, Rostagnol y Gutiérrez, 2009 p. 223).

Siguiendo las apreciaciones de Pattaro (2009), lo que se observa en Brasil es un caso en el cual hay leyes bastante restrictivas sobre el tema del aborto, y al mismo tiempo se evidencia una tasa de mortalidad alta debido a la criminalización. Por otro lado, como lo plantean Baltar, Rostagnol y Gutiérrez (2009), en Brasil, más que en ningún otro tipo de país en la región, se observa una importante influencia de la iglesia en las concepciones que existen sobre el aborto, razón por la cual aún existe una importante estigmatización sobre las mujeres que deciden practicarse un aborto. En conjunto, estas condiciones han dado como resultado que, si bien en Brasil se ha avanzado en la despenalización del aborto, aún se sigue considerando como una opción que contradice las normas hegemónicas, y que va en contra también del ideal común de las relaciones de género, en las cuales se debería reconocer la importancia sagrada de la maternidad como la principal vocación de la mujer.

Por todo lo anterior, la necesidad de orientar el desarrollo de una política pública en Brasil para la IVE es incluso más relevante, considerando que en el país se ha evidenciado una profunda relación entre pobreza, vulnerabilidad social, racismo y desigualdad de género. En este sentido, la política pública debería tener como principal enfoque el de reducir las barreras que enfrentan las mujeres que debido a condiciones económicas y de raza, no pueden acceder a los servicios legales de IVE.

Sin embargo, la realidad de Brasil demuestra que aún existen más desafíos que logros, razón por la cual es preciso seguir avanzando en el diseño de una política pública desde la cual se establezcan respuestas al tema de la IVE como una que indaga sobre la relación entre los sujetos, sus construcciones sociales y los problemas políticos que existen en el país.

4. Chile: El caso de la penalización absoluta del aborto

Historia: Hasta hace solo 3 años Chile era uno de los cinco países en el mundo que sostenía una prohibición y penalización absoluta frente al aborto, situación que generó graves problemáticas sanitarias y sociales que no se han podido enfrentar de manera adecuada debido a la falta de acuerdos en el parlamento (Nichols y Cuesta, 2018). De acuerdo con cifras del Ministerio de Salud de ese país, para el año 2014 los abortos representaban el 10,5% de los embarazos (33.428). Se destacan, dentro de esta cifra, aquellos que fueron productos anormales de la concepción (40,1%), aborto no especificado (33,1%) y aborto espontáneo (14,3%). Sin embargo, es importante entender que estas cifras solo reflejan el porcentaje de mujeres que asistieron a un hospital por algún tipo

de complicación, pero las cifras no oficiales sobre abortos clandestinos en el país hablan de un total de 200.000 abortos ilegales al año (Donoso, 2016)

¡La política restrictiva sobre el aborto en Chile!

El primer elemento de análisis importante al evaluar la política pública en Chile frente al tema del aborto, es que tanto en el Código Sanitario en virtud del DFL 2226 del 15 de mayo de 1931, como en su modificación de 1967, se plantea que la única causa por la cual el aborto no es penalizable es cuando representa una amenaza para la salud y la vida de la mujer. Por tanto, se excluían de la despenalización las condiciones asociadas con el desarrollo de una violación o con la presencia de alguna anomalía, enfermedad o deformación en el feto.

Sin embargo, desde septiembre de 1989, bajo la dictadura de Augusto Pinochet, se deroga la disposición mediante la cual se permitía el aborto en razón de la presencia de riesgos para la salud de la mujer, de tal forma que todos los abortos son penalizados sin excepción, así:

Las penas para las abortantes oscilan entre 3 años y 1 día a 5 años. Si se acoge la figura honoris causa (“sí lo hiciera para ocultar su deshonor”) la pena se reduce a 541 días a tres años. Para las/os proveedoras/es, la pena es de 541 días a tres años, dependiendo si era un profesional o un empírico (Dides, Benavente y Sáenz, 2009, p. 79).

Un elemento interesante que se observa frente a una política altamente restrictiva, es que la ciudadanía generalmente ha estado de acuerdo en que el aborto no se debe realizar, a no ser que sea en casos en los cuales sea producto de una violación o en caso de que atente contra el bienestar y la salud de la madre o del recién nacido. Se observa, por tanto, una situación en la cual la política en Chile sobre el aborto no se establece a través la descripción objetiva de los problemas y de los conflictos sociales, sino que por el contrario se producen por medio de un conjunto de representaciones estratégicas que se van construyendo a través del tiempo, dependiendo de las intenciones y motivaciones de los actores sociales y políticos que interactúan en el proceso (Besio, 2015).

El enfoque restrictivo en Chile ha sido fuertemente criticado por la comunidad internacional, principalmente porque la falta de una política pública enfocada en la legalidad, despenalización y acompañamiento a las mujeres, genera como resultado altos indicadores de clandestinidad. Por

ejemplo, las Naciones Unidas, en su misión de fiscalizar el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, ha señalado que la penalización absoluta del aborto en Chile representa una violación a los Derechos Humanos, en aquellos casos en los cuales el aborto se establece como una herramienta para cuidar la salud y la vida de la mujer y para evitar su deshonra.

Desde 1989 en Chile se han tratado de establecer procesos que deriven en enmiendas constitucionales de la penalización del aborto, principalmente a partir de las funciones desarrolladas por el parlamento. En particular, estas iniciativas han tenido tres características centrales, las cuales son explicadas por Nichols y Cuesta (2018) de la siguiente manera:

- Las iniciativas se han enfocado en defender el aborto terapéutico, incluso orientando el diseño de protocolos que puedan ser aplicados por los profesionales médicos para diagnosticar la situación de la mujer gestante.
- Ha existido también un componente importante en reconocer la autonomía de la mujer y su capacidad de decisión ante los riesgos que quiere correr.
- Se ha tratado de promover un enfoque a través del cual se fortalezcan los procesos de acompañamiento a las mujeres que afrontan un embarazo con riesgo o producto de una violación.

Sin embargo, también desde el parlamento se han generado otras iniciativas que, por el contrario, tratan de fortalecer la penalización del aborto, a través del desarrollo de los siguientes enfoques:

- Tratar de fortalecer y hacer más fuertes las penas para castigar el aborto.
- Mejorar los procesos de persecución penal a las mujeres que se practican aborto.
- Crear una simbología cultural de rechazo del aborto, basada en ideas de protección a la vida.

La falta de acuerdos y de coordinación en el parlamento chileno frente al tema del aborto, ha generado como resultado la ausencia de instrumentos normativos que orienten modificaciones en el carácter restrictivo que ha venido rigiendo en Chile desde hace más de tres décadas. Sin embargo, la realidad es que en la actualidad:

Chile, con una política fuertemente antiabortista, necesita revisar sus legislaciones con el fin de asegurar una atención justa a todos sus ciudadanos. Los datos estadísticos revelan que la prohibición no elimina la práctica, más aún, coloca en una condición francamente disminuida a los que ya presentan una situación de desventaja producto de la lotería social de la vida (Donoso, 2016, p. 159).

El problema es que la penalización del aborto en Chile se ha tratado de establecer a partir de una serie de principios moralistas con pretensiones universalistas, los cuales no contemplan los diferentes elementos relevantes del problema, ni parten de analizar tampoco la percepción y las problemáticas que experimentan las mujeres ante un embarazo no deseado. En palabras de Donoso (2016), en Chile no se ha generado un proceso de reflexión en torno a las circunstancias relevantes que ayudarían a orientar una comprensión más amplia del problema, lo cual ha derivado en una rigurosidad de las leyes que limitan el desarrollo de una sociedad más justa y solidaria.

Siguiendo las apreciaciones de Besio (2015) negar las posibilidades de abortar, en ciertas condiciones en las cuales la continuación del embarazo representa un riesgo para la mujer, atenta contra la justicia distributiva, en la medida en la cual se está negando el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. También se generan problemáticas en lo que tiene que ver con la inequidad, pues las mujeres menos favorecidas son las que mayores condiciones de riesgo presentan para el desarrollo de un aborto provocado. Sin embargo, en Chile se ha impuesto una visión particular sobre la realidad, lo cual precisa del desarrollo de espacios de participación y diálogo para comprender las opiniones y necesidades de todos los actores implicados, y así establecer la posibilidad de llegar a mejores consensos. Además, es preciso también avanzar en la posibilidad de que:

La perspectiva de género ha de ser incorporada —ya que el embarazo y el aborto se producen en el cuerpo de la mujer— y también la voz ciudadana, porque las políticas públicas afectan a toda la comunidad; por consiguiente, solo una auténtica deliberación logrará una verdadera democratización del tema (Donoso, 2016, p. 170).

Los organismos internacionales, impulsando la IVE como garantía a los derechos sexuales y reproductivos en las mujeres.

Por tanto, esta situación ha generado como resultado fuertes tensiones entre la opinión pública y el parlamento chileno, más aún cuando los organismos internacionales piden continuamente que se revise la política de penalización del aborto. Fruto de estos debates y exigencias, en el 2015, durante el gobierno de Michelle Bachelet se presentó un proyecto de ley para despenalizar al borto en tres casos: violación, inviabilidad fetal y riesgo para la vida de la madre. El proyecto fue aprobado en el 2017 por el Congreso, y la ley fue promulgada en septiembre del 2017.

Finalmente se ha tener en cuenta que Chile es un caso particular en Latinoamérica, pues es uno de los países que más se ha tardado en orientar mecanismos legales para la despenalización del aborto, debido al desarrollo de una serie de principios morales que se habían establecido desde la época de la dictadura, y que habían afectado considerablemente la protección de los derechos de la mujer y las políticas de equidad de género, generando además una situación compleja de salubridad (Nichols y Cuesta, 2018).

¡COMPARATIVO DE LOS CUATRO PAISES!

¡La necesidad marcada de una política pública y estable en los cuatro países analizados!

La política pública se establece principalmente como un proceso de generación de acuerdos, enfocado en la toma de decisiones políticas, que toma en consideración aquellos elementos que se han venido explicando en el análisis de los marcos interpretativos: son procesos que permiten sintetizar y categorizar un conjunto de experiencias para promover el desarrollo de significados socialmente contruidos. De acuerdo con Ruíz (2009), los marcos de política se establecen como principios de organización de un conjunto de significados fragmentados con la finalidad de establecer un problema político estructurado, en el cual se incluye de forma explícita una solución.

Según Ruesta y Lombardo (2005), no se puede entender a los marcos de política simplemente como descripciones de la realidad, sino más bien construcciones mediante las cuales se dota de nuevos sentidos y significados a dicha realidad, a partir de procesos de estructuración y comprensión colectivos que sintetizan posiciones dispares para promover una solución concreta. Lo anterior implica, como consecuencia central, que los marcos de política solo pueden

establecerse a través de la negociación de la realidad por parte de un conjunto de actores sociales y políticos que interactúan partiendo desde los discursos que han construido.

El resultado de esta comparación, las políticas públicas con enfoque de género, los marcos interpretativos toman mayor relevancia en la medida en que permite entender cómo se hace inteligible una realidad social, y se posibilita una comprensión en torno a la manera en la cual se han construido estas políticas. El análisis planteado permite reconocer que las políticas públicas son principios de acción establecidos a través de proyectos concretos que tienen como finalidad mejorar la calidad de vida y promover el desarrollo de mejores oportunidades para toda la población en un marco de equidad, igualdad y justicia social.

Esta definición supone que el diseño de las políticas públicas se establece a través de análisis detallado sobre situaciones problemáticas que deben ser resueltas mediante una acción integral, con el fin de visibilizar las necesidades de los individuos y establecer relaciones entre dichas necesidades y la asistencia y apoyo por parte del Estado.

En este sentido cabe tener en cuenta que América Latina es una de las regiones que mayores restricciones de tipo legal tiene frente al tema del aborto. El estudio de los países que se tomaron como referente, permite reconocer que existen una serie de factores políticos que limitan la implementación efectiva de los marcos institucionales que se establecen frente al aborto, debido a discrepancias entre los intereses de los diferentes niveles del Estado, y al desarrollo de una serie de intereses políticos que en muchos casos no toman en consideración la necesidad de proteger a la mujer y de garantizar la protección de sus derechos.

¡Diferencias y similitudes frente a la IVE, en Colombia, Chile, Argentina y Brasil!

a. Según las causales: En la actualidad, los cuatro países de la región que se han analizado comparten en común el desarrollo de políticas mediante las cuales se ha establecido y reglamentado la despenalización del aborto. Actualmente en Colombia y en Chile se contemplan tres razones por las cuales una mujer puede legalmente realizarse una IVE: 1) Cuando el embarazo es producto de una violación; 2) Cuando representa un riesgo para la vida o la salud de la mujer, y; 3) Cuando el feto posee algún tipo de problema o malformación que hace inviable su vida o su bienestar. En Argentina y Brasil, solo se han contemplado como causales de despenalización la

primera y la segunda, lo cual se establece como una diferencia importante en el análisis de la política pública de cada país.

b. Avances normativos: En Colombia, Argentina y Chile se han establecido instrumentos y normativas propias que orientan el diseño de una política pública sobre la IVE. Si bien Chile solo hasta el 2017 aprobó una ley para la despenalización del aborto, es notable el interés que ha habido en estos tres países para relacionar el asunto con temas claves asociados a la salubridad, la dignidad humana y la equidad de género. Brasil, si bien reglamenta también la despenalización del aborto en dos casos, ha mantenido generalmente una actitud de poco interés sobre el tema, y la reglamentación es más producto de su suscripción a acuerdos o convenios internacional que al desarrollo de instrumentos o normas propias.

c. Aportes internacionales: En la actualidad es notable la influencia de los tratados y convenios internacionales en la orientación de las políticas públicas sobre la IVE en Latinoamérica, que han venido cambiando la forma en que se orientan las políticas públicas sobre el tema. Hoy en día, en un mundo globalizado y caracterizado por la apertura de las fronteras sociales, económicas y políticas como elementos que orientan el desarrollo del crecimiento y la competitividad, la tendencia que se ha manejado principalmente en los Estados ha sido el de un Estado abierto o internacionalista. En Latinoamérica, con el desarrollo de los regímenes democráticos a final del siglo XX, se comienzan a incorporar distintos preceptos del derecho intencional que promueven un mayor acuerdo en la aceptación de los tratados internacionales sobre Derechos Humanos, entendiendo su importancia para garantizar la protección y el respeto de todos los seres humanos (Nikken, 2012).

En conjunto, factores como la internacionalización, la adscripción a diferentes convenios y la necesidad de establecer soluciones efectivas a la problemática de salubridad que representa el desarrollo de los abortos clandestinos, desde comienzos del siglo XXI se ha evidenciado la necesidad en Latinoamérica de formular políticas públicas que ayuden a reglamentar la IVE.

Sin embargo, un elemento común en los países analizados es que existe un importante desbalance entre lo que se encuentra reglamentado con lo que ocurre en la práctica, por lo tanto, para los cuatro países se resalta la importancia de mejorar la difusión de la normativa asociada, con el fin de asegurar el cumplimiento de las directrices que orientan el procedimiento, tanto en el caso de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, como en de los profesionales médicos y las mujeres.

Debe promoverse, en este sentido, un mejor flujo de información que ayude a promover la coordinación entre los diversos actores que hacen parte del proceso, además de profundizar los procesos de comprensión de la política en las entidades del Estado y en sus instituciones.

d. Restablecimiento de derechos y equidad de género: A través del análisis comparado se ha podido entender que el tema del aborto resulta ser un problema complejo y fundamental en el ordenamiento legal de cada país, en la medida en que se debe tratar de conciliar la protección de la vida y el respeto al ejercicio de la autonomía de las mujeres como sujetos de derecho. Así como como también se evidencia la relación del problema con temas como la Salud Sexual y Reproductiva, la equidad de género, las costumbres sociales, los principios moralistas y las políticas de equidad, lo cual genera como resultado una conflictividad que, si bien se puede solucionar en el plano de la política pública, por medio de la expedición de normas y decretos, en la práctica se presentan de manera continua vacíos importantes y dificultades que limitan el acceso de las mujeres a los principios de asesoramiento, acompañamiento y tratamiento que incluyen las políticas.

La práctica de la despenalización del aborto y de la IVE tanto en Colombia, como en Argentina, Brasil y Chile, ha demostrado que no es posible resolver los complejos problemas relacionados con el aborto a partir de un enfoque matemático basado en el desarrollo cuantitativo de leyes, decretos y sentencias que regulen su legalización y despenalización. Es preciso entender que cuando se habla de un problema moral, se presentan de forma inevitable controversias entre los valores sociales, lo cual obliga a establecer continuamente espacios de diálogo y deliberación entre los actores involucrados, a fin de mantener estable el avance que se ha logrado para garantizar el acceso sin barreras a la IVE, teniendo claro que la mujer tiene la autonomía y el poder absoluto sobre su cuerpo y su maternidad.

Referencias

- Baltar, C., Rostagnol, A., y Gutiérrez, S. (2009). Aborto y Parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina. *R. bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, 26(2), 219-236.
- Benavente, M., y Valdés, A. (2020). Políticas públicas para la igualdad de género Un aporte a la autonomía de las mujeres. CEPAL. Co (Penagos, s.f.)operación Española.
- Bergallo, P. (2014). "The struggle against informal rules on abortion in Argentina" en Cook, R., Erdman, J. y Dickens, B. (ed.) *Abortion Law in Transnational Perspective. Cases and Controversies*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 2014.
- Bergallo, P.. (2009). "El aborto no punible en el derecho argentino", Hoja Informativa, nº9..
- Besio, M. (2015). Artículo Especial Proyecto de ley sobre despenalización del aborto: análisis ético. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 80(2): 175 – 180.
- Braga, D., Castro, A., Lacerda, M., y Cunha, F. (2015). Percepción de profesionales de la salud sobre el aborto legal. *Rev. Bioét*, 23 (2): 394-406
- Bustelo, M., y Lomabardo, E. (2006). Los ‘marcos interpretativos’ de las políticas de igualdad en Europa: conciliación, violencia y desigualdad de género en la política. *Revista Española de Ciencia Política*, 14, 117-140.
- Campo, A., y Erazo, C. (2018). Interrupción voluntaria del embarazo en Colombia: aportes al debate desde la salud mental pública. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 47(4), 201–203.
- Cejudo, D. (2008). *Discurso y políticas públicas: enfoque constructivista*. Toluca: CIDE:
- Dides, D., Benavente, D., y Sáenz, F. (2009). *Dinámicas políticas sobre aborto en latinoamérica: estudio de casos*. Flacso. Chile.
- Donoso, C. (2016). Despenalización del aborto en Chile. una cuestión de justicia social. *Acta Bioethica*, 22 (2): 159-167.
- Espitia, . (2018). Las ambivalencias de la interrupción voluntaria del embarazo. *Archivos Médicos*, 4(3)., 55-88.

- Fernández, S. (2018). Políticas públicas de aborto en transición: de las consejerías pre y post aborto a las interrupciones legales del embarazo en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Revista de Bioética y Derecho*, 4(2), 33-56.
- González, J. (2017). Los derechos sexuales y reproductivos como categoría jurídico internacional revisable. *Revista de Derecho Público*, 8, 4 – 29.
- Haddad LB, Nour NM. Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality. *Reviews in Obstetrics & Gynecology* 2009; 2(2): 122-126.
- Lamas, A. (2017). El aborto en la agenda de desarrollo de América Latina. *Perfiles Latinoamericanos*, 2(4), 156-189.
- Lezcano, D., y Coime, G. El difícil acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia a doce años de la despenalización. *Hojas de El Bosque*, 3(6). 2017.
- Morán, G. (2012). El derecho comparado como disciplina jurídica: la importancia de la investigación y la docencia del derecho comparado y la utilidad del método comparado en el ámbito jurídico. *Anuario de facultad de Derecho*, 7(4), 23-44.
- Nicholls, M., y Cuestas, S. (2018). Penalización del aborto: violencia política y abusos de la memoria en Chile. *Saude soc*, 27(12), 33-67.
- Observatorio de Igualdad de Género de América latina y el Caribe. (2012). La política de garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Colombia. Un avance en la garantía de la autonomía física de las mujeres. CEPAL. Bogotá D.C.
- Pantelides, A. (2009). "Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina", CEPAL. *Notas de Población*, 87: 95-120, .
- Pattaro, F. (2009). El aborto inseguro en Brasil: una cuestión de salud pública dentro del derecho de reproducción. *Pensamiento humanist* (Guttmacher Institute, 2019)ik, 4(2), 33-66.
- Prada, E., Biddlecom, A., y Singh, S. Aborto inducido en Colombia: nuevas estimaciones y cambio de 1989 a 2008. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*., número especial. Guttmacher Institute. 2012.

- Ruesta, M y Lombardo, E. (2005). " Mainstreaming" de género y análisis de los diferentes" marcos interpretativos" de las políticas de igualdad en Europa: el proyecto MAGEEQ. Aequalitas: *Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, 4 (17), 15-26.
- Ruiz, A. (2009). Recorrido por las políticas públicas de equidad de género en Colombia y aproximación a la experiencia de participación femenina con miras a la construcción de escenarios locales. *Estudios de derecho*, 66(147), 303-320.
- Silvina, R. (2016). Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo). *Estudios Demográficos Y Urbanos*, 31(93), 833-860.
- Tamayo, R. (2007). Teoría jurídica y “derecho comparado” una aproximación y un deslinde. *Sonomía*, 27(4), 34-55.
- Vélez, A. (2005). La situación del aborto en Colombia: entre la ilegalidad y la realidad. *Forum*, 21(2):624-628.