

“El feto también es mi paciente”: Actitudes hacia el aborto y la referencia entre médicos objetores de conciencia en Bogotá, Colombia

CONTEXTO: En 2006, la Corte Constitucional de Colombia descriminalizó parcialmente el aborto. Sin embargo, aún existen barreras al acceso, incluido el uso inapropiado de la objeción de conciencia.

MÉTODOS: Con el fin de explorar la objeción de conciencia desde las perspectivas de los objetores, en 2014 se llevaron a cabo entrevistas en profundidad con 13 informantes clave y 15 médicos colombianos que se autoidentificaron como objetores de conciencia. El reclutamiento incluyó técnicas de muestreo por bola de nieve e intencional. El análisis se llevó a cabo conjuntamente con la recolección de datos y se focalizó en las actitudes, creencias y conductas de los objetores en relación con el aborto y las referencias a otros proveedores.

RESULTADOS: Los objetores tuvieron perspectivas diversas. Fueron evidentes tres tipos de objetores: extremos, moderados y parciales. Los objetores extremos se negaron a realizar abortos o hacer referencias y, con frecuencia, sermonearon a sus pacientes; también proporcionaron información médica y legal engañosa o falsa, para evitar que las mujeres tuvieran acceso a abortos a los cuales legalmente tenían derecho. Los objetores moderados no realizaron abortos, pero respetaron a sus pacientes y consideraron las referencias como una forma de salvar “una de dos” vidas. Los objetores parciales realizaron algunos abortos pero se negaron a practicar otros en base a la edad gestacional o circunstancias relacionadas con cada caso. A través de esta tipología, los objetores vincularon la objeción de conciencia con la ética médica y muchos describieron el deber de proteger el feto, el cual conceptualizaron como paciente.

CONCLUSIÓN: Los objetores de conciencia exhiben diversas opiniones y conductas. Algunas áreas con potencial para futuras investigaciones incluyen la identificación de factores que conducen a los objetores a referir a otros proveedores y la estimación de la prevalencia de cada tipo de objetor. Los resultados sugieren intervenciones potenciales que podrían reducir el rol de la objeción de conciencia como una barrera a la hora de recibir atención.

Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2017, pp. 1–10, <https://doi.org/10.1363/SP00117>

Por Lauren R. Fink,
Kaitlyn K.
Stanhope,
Roger W. Rochat y
Oscar A. Bernal

Lauren R. Fink es estudiante de posgrado en el Departamento de Epidemiología Global; Kaitlyn K. Stanhope es candidata a doctorado, Departamento de Epidemiología; y Roger W. Rochat es profesor en los Departamentos de Salud y Epidemiología Global, todos en la Facultad Rollins de Salud Pública, Universidad Emory, Atlanta, GA. Oscar A. Bernal es profesor en el Departamento de Salud Pública, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.

Se estima que cada año unas 47,000 mujeres en todo el mundo —más de 128 mujeres por día—mueren por complicaciones de abortos inseguros.¹ Ocho millones de mujeres adicionales experimentan complicaciones que requieren atención médica, aunque solamente cinco millones reciben la atención necesaria.² Cuando las mujeres tienen acceso a servicios de aborto legales y seguros, se eliminan virtualmente todas las muertes maternas por aborto; además, la incidencia global del aborto en áreas en donde es legal, no es mayor que la observada en lugares en donde el acceso está restringido.^{3–5}

En América Latina, el aborto es responsable de 12% de las muertes maternas.⁶ Es muy probable que si los servicios de aborto fueran legales y accesibles en todas partes, la proporción de muertes maternas atribuibles al aborto sería insignificante. En los Estados Unidos, en donde el aborto está disponible para mujeres que transitan por un complejo conjunto de barreras legales y logísticas, el aborto inducido es más seguro que el parto.⁷ Menos del 0.5% de los abortos en los Estados Unidos resulta en complicaciones importantes y menos de uno en un millón de los abortos que se practican

antes de las ocho semanas de gestación terminan en muerte materna.⁸

En contraste, la morbilidad y mortalidad por aborto han sido muy altas en Colombia, en donde el procedimiento era ilegal bajo toda circunstancia hasta 2006 y sigue siendo un servicio de difícil acceso. Algunas estimaciones sugieren que en 2008 la vasta mayoría de abortos se realizó de manera ilegal e insegura; y que entre 24% y 53% de los abortos ilegales resultaron en complicaciones; el riesgo fue más alto entre mujeres pobres que viven en áreas rurales.⁹ Además, se estima que una quinta parte de las mujeres con complicaciones de aborto no recibieron tratamiento,⁹ y aproximadamente 70 mujeres murieron debido a esas complicaciones.¹⁰ No obstante, la descriminalización parcial del aborto en 2006, acompañada por la implementación de políticas dirigidas a mejorar el contacto con las pacientes y expandir el acceso, fue un paso importante hacia la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas.^{2,11}

Descriminalización

El elemento clave en la descriminalización del aborto fue una sentencia emitida por la Corte Constitucional de Colombia que legalizó el aborto bajo tres circunstancias: cuando la vida o salud de la mujer están en riesgo; cuando una severa malformación fetal es “incompatible con la vida”; y cuando el embarazo es resultado de violación, incesto o inseminación forzada. La revolucionaria sentencia de la Corte, conocida como C-355/06, estableció el derecho fundamental al aborto en estas tres situaciones.^{12,13} La corte aclaró que el riesgo para la “salud de la madre” incluye su bienestar mental, dado que las mujeres tienen derecho a gozar el “estándar más alto alcanzable de salud física y mental”.¹⁴ La sentencia transformó el aborto de un crimen punible con años de prisión a un derecho garantizado constitucionalmente bajo las amplias circunstancias especificadas en la ley.^{13,15,16} Esto tiene implicaciones para la objeción de conciencia, la cual “no se puede invocar con el efecto de violar los derechos fundamentales de las mujeres a servicios de salud legales”.¹⁷

La descriminalización del aborto puede tener un impacto significativo, pero no garantiza un acceso inmediato y universal a los servicios de aborto seguro. En muchos países, aún después de que el aborto ha sido descriminalizado, las barreras procedimentales, económicas, informativas y culturales han continuado impidiendo el acceso a los servicios de aborto legal.^{2,11} Por ejemplo, más de tres décadas después de que India descriminalizó el aborto, la mayoría de los procedimientos siguieron teniendo lugar en condiciones informales, ilegales e inseguras.³ Igualmente, más de dos décadas después de que se legalizó el aborto en Zambia en términos sanitarios y sociales amplios, 12% de las niñas que asisten a la escuela y 69% de las mujeres en la Provincia Occidental, una de las más pobres del país, reportaron conocer a alguien que había muerto debido a un aborto inducido fuera del sistema de salud.¹⁸ La objeción de conciencia de algunos proveedores y el no referir a sus pacientes se destacan entre las barreras más comúnmente identificadas para la implementación de los servicios de aborto en países en donde el procedimiento ha sido descriminalizado.¹⁹

Objeción de conciencia

La objeción de conciencia se invoca cuando los profesionales sanitarios directamente involucrados en la provisión de servicios de aborto son exentos o se exentan a sí mismos de realizar o participar en servicios de aborto con base en justificaciones de tipo religioso, moral o filosófico. Esto es sujeto de litigio, legislación y preocupación en materia de salud pública en todo el mundo.^{2,20} La objeción de conciencia se ha identificado como una importante barrera para el acceso al aborto en muchos países,²¹ incluidos Australia, Canadá, India, Irlanda, México, Polonia, Sudáfrica, Estados Unidos y Zambia.^{18,22-31} Investigadores de las Naciones

Unidas, preocupados acerca del potencial de “falsos reclamos de conciencia moral”, han hecho un llamado para una mayor investigación sobre el grado en que la objeción de conciencia contribuye a la morbilidad y mortalidad materna en esos países.²

La Corte Constitucional de Colombia definió la objeción de conciencia como una manifestación del derecho a la libertad de conciencia, pero especificó que ese derecho no es absoluto.^{20,32} Además de resumir las condiciones bajo las cuales se permite y garantiza el aborto, la sentencia C-355/06 estableció un marco legal para abordar la objeción de conciencia por parte de médicos que consideran que sus creencias religiosas, morales o filosóficas les impiden practicar abortos. La sentencia aclaró que el derecho a la objeción de conciencia se otorga a personal clínico y no a las instituciones o autoridades judiciales. Además establece que deben implementarse mecanismos para asegurar una referencia inmediata y que la objeción de conciencia “no puede implicar el desconocimiento de los derechos fundamentales de las mujeres”.¹³

En los años posteriores a la sentencia inicial, la jurisprudencia ha defendido consistentemente el derecho fundamental al aborto y protegido ese derecho contra el uso inapropiado de la objeción de conciencia.^{20,33} En estos casos, la Corte enumeró limitaciones específicas con el propósito de asegurar que la objeción de conciencia no se convierta en una barrera al derecho protegido constitucionalmente de tener acceso a servicios de salud oportunos y seguros. Algunas de las disposiciones relevantes de la corte se resumen a continuación:

- Los proveedores individuales de servicios de salud involucrados directamente en la provisión del aborto pueden manifestar su derecho a la libertad de conciencia negándose a realizar abortos. Sus razones para hacerlo deben expresarse por escrito.^{17,20,32}
- La objeción no necesita basarse en convicciones religiosas. Los objetores pueden citar creencias morales o filosóficas seculares.^{34,35}
- La objeción de conciencia es un acto individual; por lo tanto la objeción de conciencia colectiva está prohibida y las instituciones como los hospitales, no tienen derecho a la objeción de conciencia.^{14,17,20}
- Los médicos objetores tienen el deber de referir y las instituciones tienen el deber de asegurar la disponibilidad de médicos no objetores a quienes las pacientes pueden ser referidas.^{14,17,20}

A pesar de la consistencia de la jurisprudencia, la regulación de la objeción de conciencia de los proveedores ha demostrado ser desafiante y contenciosa.²⁰ La objeción de conciencia ejercida inapropiadamente, junto con las engorrosas barreras burocráticas, conduce a que muchas mujeres busquen servicios de aborto fuera del sector formal, frecuentemente en entornos inseguros.³⁶ Desacuerdos fundamentales sobre el aborto alimentan el debate sobre el aborto colombiano y actores importantes como los administradores de hospitales y médicos difieren en su interpretación de los requerimientos éticos, legales y médicos

*Casos con términos relevantes para la objeción de conciencia incluyen T-209 (2008), T-946 (2008), T-388 (2009) y T-627 (2012).

definidos por disposiciones judiciales.¹² No hay estimaciones disponibles sobre el número de médicos colombianos que argumentan objeción de conciencia, pero informantes de este estudio y conocedores del tema consideran que la proporción es suficientemente considerable al grado de ser una barrera significativa para el acceso.

Además, es poco lo que se sabe sobre la forma en que los objetores de conciencia en Colombia comprenden y practican su objeción. ¿Aconsejan con exactitud y refieren apropiadamente a sus pacientes? ¿Cómo concilian las obligaciones profesionales y religiosas percibidas? Para ayudar a llenar estos vacíos en el conocimiento, llevamos a cabo este estudio como parte de una investigación más amplia, interdisciplinaria y exploratoria, relacionada con las barreras que prevalecen para el acceso al aborto en el despertar de la descriminalización colombiana. Nuestros propósitos fueron comprender la objeción de conciencia desde la perspectiva de los propios objetores e identificar vías potenciales para intervención que podrían reducir la carga de la objeción de conciencia como una barrera para el aborto legal y seguro.

MÉTODOS

Diseño y muestra del estudio

Se recolectaron datos en junio y julio de 2014. Un equipo de investigación de la Universidad Emory trabajó en colaboración con un asesor de la Universidad de los Andes en Bogotá y con asociados en dos clínicas colombianas de salud reproductiva.

El diseño del estudio, la recolección de datos y el análisis siguieron una metodología de teoría fundamentada en datos modificada, incorporando un proceso iterativo en el que comenzamos a analizar datos mientras que la recolección de datos estaba todavía teniendo lugar.³⁷ Esto nos permitió responder a resultados emergentes y examinarlos a mayor profundidad. Para este estudio el proceso iterativo incluyó modificar las guías de entrevista y reenfocar el reclutamiento de participantes para explorar temas y categorías conforme fueron surgiendo.

Entrevistamos a dos grupos: actores en el debate sobre el aborto en Colombia (informantes clave) y objetores de conciencia autoidentificados. Ambos grupos fueron reclutados a través de un proceso de referencia con muestreo por bola de nieve. Los participantes iniciales fueron identificados mediante contactos en la Universidad de los Andes y varias organizaciones locales sin fines de lucro, junto con llamadas espontáneas a departamentos de investigación de hospitales locales y organizaciones relevantes. Al final de cada entrevista, se pidió al participante una lista de amigos o colegas cuyas perspectivas pudieran ser benéficas para este estudio. Se pidió a las personas entrevistadas que pensarán en personas cuyas opiniones podrían ser diferentes a las suyas; posteriormente se comunicaron con esas personas para explicar el estudio e invitarles a participar. Todos los participantes potenciales reclutados por amigos o colegas aceptaron ser entrevistados.

Los informantes clave incluyeron líderes de organizacio-

nes sin fines de lucro, abogados, defensores de los derechos de las mujeres, bioeticistas, un profesor de medicina y un funcionario del gobierno de la ciudad. En total, 13 informantes de diferentes lados del debate sobre el aborto fueron reclutados para el estudio.

Los criterios de inclusión limitaron la muestra de objetores de conciencia a proveedores de servicios de salud que estaban calificados para participar directamente en servicios de aborto pero que no deseaban o no podían realizar abortos en algunas o todas las situaciones debido a sus creencias morales, éticas o religiosas. Muchos participantes reportaron haber transmitido sus objeciones a otras personas de manera verbal (sin una declaración por escrito), colectivamente (al firmar un acuerdo con otros colegas) o en conductas basadas en caso por caso excluidas por los límites a la objeción de conciencia que estipula la Corte Constitucional.^{14,20,32} Nuestra investigación muestra que esos límites se imponen sin mucha rigidez, si es que se aplican, y que muchos objetores cuya conducta y opiniones eran importantes para el este estudio no estaban actuando dentro del marco legal. Por lo tanto, nuestros criterios de inclusión abarcaron casos de objeción de conciencia que no cumplían con la definición legal.

Quince objetores de conciencia autoidentificados —14 médicos y un estudiante de medicina en su último año de residencia— participaron en las entrevistas en profundidad.³⁸ Diez eran mujeres, pero esto no debe tomarse como una indicación de que es más probable que los objetores sean mujeres (nuestra muestra no era representativa). La edad de los participantes varió entre los 28 y los 69 años, y tenían de 1 a 33 años de experiencia proveyendo servicios de salud para mujeres. Ocho trabajaban en hospitales públicos, cuatro en clínica privadas y tres en hospitales afiliados a la Iglesia Católica. También fueron entrevistadas tres enfermeras, pero ellas no se incluyeron en este análisis; a pesar de identificarse como objetoras de conciencia, ellas participaban en procedimientos de aborto y, por lo tanto, sus experiencias fueron diferentes de las de los médicos objetores de conciencia.

Recolección de datos

Una investigadora de la Universidad Emory llevó a cabo entrevistas confidenciales en profundidad con cada objetor de conciencia. Las entrevistas tuvieron lugar en una variedad de entornos privados. La mayoría fueron conducidas en un hospital, clínica u oficina universitaria, pero una se realizó en la casa del participante y otra en el departamento del investigador. Todas las entrevistas se realizaron en español usando una guía de entrevista semiestructurada que evolucionó ligeramente durante el proceso de investigación. Las entrevistas fueron audiograbadas y tuvieron una duración entre 30 y 120 minutos. Las preguntas de las entrevistas se enfocaron en las influencias éticas, morales, religiosas y legales en torno a la provisión y referencia de servicios de aborto.

Cuatro estudiantes de posgrado, estadounidenses y bilingües entrevistaron a los 13 informantes clave. Las entre-

vistas se realizaron en un espacio privado en el lugar de trabajo de los informantes. Se planteó una serie de preguntas a los participantes acerca del contexto histórico, político y cultural en torno al aborto en Colombia. Estas entrevistas fueron menos estructuradas que las conducidas con los objetores, y se enfocaron en el conocimiento particular y la experiencia de cada persona entrevistada. Las entrevistas con informantes clave tuvieron una duración de entre 30 y 60 minutos y fueron grabadas.

Análisis

Todas las entrevistas fueron transcritas por un transcriptor profesional colombiano y su precisión fue verificada por un investigador bilingüe en los Estados Unidos. Los datos se ingresaron en MAXQDA 11.2.1 y se codificaron para temas inductivos y deductivos, los cuales se compararon posteriormente a través de categorías emergentes.³⁷ El análisis se llevó a cabo principalmente en español; las citas para la versión en inglés de este artículo fueron traducidas según fue necesario. Como es usual en la investigación cualitativa, el análisis comenzó a la par de la recolección de datos.³⁸

Los tipos de objeción de conciencia que se describen en la sección de resultados se identificaron durante las primeras semanas de la recolección de datos y el reclutamiento posterior se enfocó en captar esta diversidad de perspectivas y experiencias. Como sucede con la mayoría de datos cualitativos, nuestros hallazgos son un “producto conjunto de los participantes, el investigador y su relación”^{39(p.531)} Con esto en mente, nuestra aproximación a la recolección y análisis de datos fue con una óptica reflexiva –con una mentalidad dirigida a una “meditada y consciente autorreflexión”^{39(p.532)} Esto nos permitió considerar cuidadosamente y reflexionar sobre la forma en la que nuestras relaciones con las personas entrevistadas influyeron en los datos obtenidos.

Completamos tres fases de análisis de datos cualitativos asistido por computadora: desarrollo de códigos; aplicación de códigos, y diferenciación y definición de subgrupos con base en códigos. Las transcripciones fueron leídas detalladamente y se desarrollaron códigos inductivos a partir de un subconjunto de los datos. Estos códigos fueron posteriormente aplicados a todo el conjunto de datos mediante el uso de un diccionario de datos estándar. Se añadieron nuevos códigos inductivos según fue necesario a través del proceso de análisis iterativo. Se exploraron categorías emergentes de datos y se compararon código por código. Las distinciones más sobresalientes entre los tipos se usaron para desarrollar las descripciones siguientes.

Consideraciones éticas

La aprobación ética para este estudio se obtuvo de la Junta de Revisión Institucional de la Universidad Emory, y de los comités de ética de la Universidad de los Andes, Profamilia y Oriéntame en Bogotá. Todos los participantes proporcionaron consentimiento informado antes de ser entrevistados. Los informantes clave proporcionaron su consentimiento por escrito; debido a la naturaleza sensible

de las entrevistas, los objetores de conciencia proporcionaron consentimiento oral en lugar de escrito, asegurando con ello que sus nombres no fueran registrados y creando un ambiente tranquilo para ayudarles a sentirse cómodos al responder de manera honesta.

RESULTADOS

Percepciones de los informantes clave

En el contexto de la Sentencia C-355/06, la “salud” puede entenderse con base en la definición de la Organización Mundial de la Salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. De esta forma, como explicó una informante clave –la directora de una organización no gubernamental líder en salud de las mujeres con sede en Bogotá– cualquier mujer que enfrenta un embarazo que no es sostenible (ya sea por razones sociales, económicas o físicas), entra en los aparentemente restrictivos criterios de la corte colombiana y debe poder obtener un aborto legal. Sin embargo, los oponentes al aborto y algunos objetores de conciencia adoptan una interpretación más restrictiva de la ley; a pesar de la extensa jurisprudencia que prohíbe tales acciones, algunos médicos, especialmente los objetores de conciencia, toman este rol de guardianes en muchos hospitales. Un informante clave involucrado en supervisión regulatoria señaló que la “turbia” situación legal está complicada por la suspensión del Decreto 4444, una disposición regulatoria que detalla políticas específicas para implementar la descriminalización del aborto.

Según los informantes clave, la implementación de normas en torno a la objeción de conciencia ha sido inconsistente. Sin importar la jurisprudencia que describe cómo y cuándo debe practicarse la objeción de conciencia, los hospitales continúan estableciendo sus propias políticas y prácticas, que pueden o no incluir un registro de objetores y protocolos claros para hacer referencias. Algunos hospitales religiosos, según reportaron los informantes, continúan reclamando la “objeción institucional”, a pesar de la clara jurisprudencia que desaprueba tales acciones. Un médico que trabajaba en una de las instituciones implicadas explicó que se les pidió a ella y sus colegas que firmaran “voluntariamente” declaraciones de objeción cuando comenzaron a trabajar en el hospital. Ella consideró que los activistas pro aborto no comprenden la forma en la que se presenta la situación: la institución no está objetando; es solamente que no tiene médicos que estén dispuestos a realizar el procedimiento.

Hacia una tipología de la objeción

Durante las entrevistas surgieron tres perfiles predominantes o “tipos” de objeción de conciencia: objeción extrema, moderada y parcial. La objeción parcial puede dividirse en dos subcategorías: objeción parcial basada en la edad gestacional y objeción parcial caso por caso. Los tres tipos pueden conceptualizarse a lo largo de una gama de tipos (Figura 1). Esta tipología es una representación simplista, de dos dimensiones de un fenómeno complejo, y las aparentemente contradictorias o inconsistentes opiniones

gación científica con embriones. Con base en una lógica similar, los objetores extremos dijeron que se negaban a prescribir algunas formas de control natal –incluidos los DIU, anticonceptivos orales, anticonceptivos de emergencia y esterilización quirúrgica– por considerarlas como “micro abortivas” y dañinas para la salud de las mujeres:

“Parece incoherente estar en contra del aborto y apoyar métodos de planificación familiar que pueden ser abortivos”. –*Objetor extremo, hombre, 42 años de edad*

• **Los objetores extremos proporcionaron información legal y médica engañosa.** Un objetor extremo habitualmente decía a sus pacientes que su situación no cumplía con los criterios legales para el aborto, sin importar sus razones para buscar ese servicio. Todos los objetores extremos describieron estar haciendo afirmaciones sin fundamento o exageradas sobre los peligros físicos y emocionales asociados con el aborto, el control natal o ambos:

“Bien, para empezar, yo explicaría que [la situación de la mujer] no está incluida en las circunstancias establecidas por la Corte como legalmente permitidas, que no es legal desde ese punto de vista”. –*Objetor extremo, hombre, 42 años de edad*

“Mire, este [método anticonceptivo] es tan peligroso que podría matarle”. –*Objetor extremo, hombre, 62 años de edad*

• **Los objetores extremos se niegan a referir a sus pacientes.** Cuando se le preguntó por qué no refería a sus pacientes, una objetora extrema afirmó que las referencias no son necesarias debido a que hay suficiente información disponible para que las mujeres encuentren los servicios por ellas mismas. Otro objetor dijo que él se negaba a referir a sus pacientes porque no quería ser “cómplice” del “asesinato de una persona”.

Objeción moderada

• **Los objetores moderados tuvieron tendencia a ser religiosos, pero fueron tolerantes de otras perspectivas.** Los objetores moderados se expresaron acerca de la religión de manera más personal, menos absoluta que los objetores extremos. Mientras que eran profundamente devotos de su fe, esta fe no les condujo a tratar de crear barreras o a hablar agresivamente a las mujeres acerca de tener abortos. Por ejemplo, una objetora dijo:

“Yo no soy quien va a realizar este aborto porque pienso que Dios nos ha dado la vida y es Él quien nos la quita y punto... Pero tampoco voy a ser yo el obstáculo que detenga el proceso y esta decisión que otra persona ha tomado”. –*Objetora moderada, mujer, 38 años de edad*

• **Los objetores moderados tuvieron tendencia a ser firmes defensores del control natal y de los anticonceptivos de emergencia.** A diferencia de los objetores extremos, los objetores moderados consideraron que los métodos anticonceptivos modernos son médicamente seguros y científicamente distinguibles del aborto. A un nivel ético, ellos veían a la planificación familiar como un método de prevenir abortos futuros:

“Sí, yo estoy de 100% acuerdo con [el uso de] los métodos de planificación familiar, sin problema alguno. Yo

no soy objetor de esos métodos. De hecho, debemos promoverlos, precisamente porque prevenir un embarazo es prevenir un aborto futuro”. –*Objetor moderado, hombre, 42 años de edad*

• **Los objetores moderados hacen referencias.** Los objetores moderados consideraron que tenían el irrefutable derecho de negarse a realizar un aborto, pero en general estuvieron de acuerdo y cumplieron con los requerimientos legales de referir a sus pacientes. Algunos incluso se sintieron tranquilos al saber que sus pacientes recibirían servicios seguros y no tendrían que recurrir a una opción ilegal o insegura, como la autoinducción o acudir a una clínica clandestina. Como una objetora explicó:

“Yo no puedo cargar en mi conciencia, que esa paciente pudiera contraer una infección, o [resultar] con una perforación [del útero], o muchas otras cosas que podrían pasar... Ella podría incluso tratar de quitarse la vida”.

–*Objetora moderada, mujer, 38 años de edad.*

• **Los objetores moderados se basaron en la ética médica y su compromiso, como médicos, de “proteger la vida”.** Los objetores moderados consideraron que negarse a realizar abortos coincidía con los compromisos que habían hecho al elegir dedicarse a la carrera de medicina. Una persona entrevistada citó específicamente el juramento Hipocrático al describir sus razones para objetar el aborto; otros comentaron sus razones para decidirse a estudiar medicina en primera instancia, explicando que sus motivos fueron y continuaban siendo inconsistentes con la realización de abortos:

“La obstetricia es una rama de la medicina en la que acompañamos a la madre y acompañamos al feto, y observamos todos esos procesos biológicos funcionando en el interior y sentimos un profundo respeto y admiración por ellos... De esta forma, el feto es también mi paciente y al percibir [los fetos] como mis pacientes, pues no voy a matar a mis pacientes. Es más sobre este aspecto que una cuestión de religión”. –*Objetora moderada, mujer, 28 años de edad*

Objeción parcial: edad gestacional

• **Los objetores que se basan en la edad gestacional no se consideran oponentes al aborto y no son motivados por creencias religiosas.** La mayoría de los objetores que se basan en la edad gestacional dijeron que creían que las mujeres tienen derecho al acceso a servicios de aborto seguros y dentro de la ley; y que estarían dispuestos a realizar el procedimiento. Aunque la mayoría se identificaron como católicos, no se refirieron a la religión cuando expresaron sus razones para oponerse al aborto después de cierta edad gestacional.

• **Muchos médicos objetan practicar abortos en fetos potencialmente viables.** La ley colombiana no limita el acceso al aborto con base en la edad gestacional. Sin embargo, los entrevistados que trabajan en hospitales de tercer nivel, adonde son referidos los casos particularmente complicados y de gestación tardía, reportaron que muchos proveedores estaban preocupados por practicar abortos después de las 22–24 semanas, un punto gestacional asociado con

viabilidad potencial. Estos abortos se realizan a través de trabajo de parto inducido, según explicaron los entrevistados. Una objetora parcial de 32 años de edad describió uno de esos abortos, después del cual ella comenzó a negarse a participar en abortos de término tardío:

Participante (P): Así que realizar un aborto en el que el feto nace [y] llora, y dejarlo morir sin darle atención alguna, eso me parece una falta de ética.

Entrevistador (E): ¿Ha usted visto un aborto como ese?

P: Si, lo he visto.

E: ¿Puede describirlo?

P: Expulsaron el feto y el bebé lloró y lloró hasta que se sofocó; y no hubo atención pediátrica... Así que eso es una preocupación moral.

E: ¿Cómo se sintió en ese momento?

P: Impotente, por no poder ayudar, porque fue decisión de la madre el dejarlo morir y yo no pude hacer algo para ayudar a ese bebé, porque fue decisión de la madre. En cambio, cuando son más pequeños es más fácil... y no existe la posibilidad de vida.

Preocupados acerca del aborto de fetos potencialmente viables, los médicos en un hospital de tercer nivel firmaron una declaración de objeción colectiva. Desde entonces, si una mujer llega a este hospital buscando un aborto después de 22 semanas de gestación, lo más probable es que se le niegue el servicio. Uno de los firmantes de la declaración de objeción colectiva dijo:

“Es en contra de los principios de la medicina y de los avances médicos... Esto ya es algo completamente diferente y pienso que no se trata de ser objetor parcial, porque ahora estamos hablando de una inducción, un parto prematuro... No estamos hablando de la terminación del embarazo”.—*Objetor basado en la edad gestacional, hombre, 46 años de edad*

• *Algunos médicos se niegan a realizar abortos después de un punto más temprano, citando preocupaciones distintas a la viabilidad.* Una persona entrevistada se negó a realizar abortos después de 14 semanas de gestación debido al mayor potencial de complicaciones maternas. Otra describió a colegas que realizan abortos siempre y cuando puedan hacerse con medicamentos (hasta las 9 semanas), pero no están dispuestos a usar aspiración u otras técnicas quirúrgicas para realizar abortos a edades gestacionales posteriores.* Un administrador de clínica reportó su experiencia así:

“Yo tengo dos médicos que me han dicho: ‘Mira, yo haré los [abortos] con medicamentos,’ pero cuando empiezo a prepararles una capacitación sobre aspiración, ellos dicen: ‘No voy a participar en eso’... Pienso que se trata más del número de semanas [y no tanto del propio método]”.

—*Objetora moderada, mujer, 38 años de edad*

Objeción parcial: Caso por caso

La perspectiva de una objetora parcial, una mujer de 32 años de edad, sobresalió de manera suficientemente sólida para justificar su propia categoría. Aunque nuestra descrip-

ción aquí se basa en una sola entrevista, los comentarios de informantes clave y otros objetores sugieren que este tipo de objeción parcial no es raro; sin embargo, es necesaria más investigación para determinar su frecuencia y caracterización general.

La objetora parcial caso por caso que entrevistamos estaba dispuesta a realizar abortos en casos de malformación fetal, especialmente aquellos “incompatibles con la vida”. En tales instancias, ella consideraba que el procedimiento era en el mejor interés del feto, que “no iba a tener una vida digna” dado el sufrimiento e inevitable muerte esperándole al nacer. Por otro lado, en casos de violación, ella no practicaba abortos debido a que tanto la madre como el bebé “son seres humanos y ambos tienen derecho a una vida digna”. Ella también tenía sospechas de las mujeres que argumentaban violación; ella creía que muchas mujeres dicen que han sido violadas para esconder razones “menos justas” para tener un aborto, como los sentimientos de vergüenza por haber tomado malas decisiones. Si bien ella proporcionaría servicios de aborto para salvar la vida de una mujer, ella consideraba que la salud mental es una excusa subjetiva, determinada unilateralmente y absurda para terminar con un embarazo. Ella creía que el aborto es en sí mismo una amenaza para la salud mental.

Para poner en práctica su objeción, la objetora parcial caso por caso se basó en una serie de acuerdos informales con sus colegas y supervisores. Después de reunirse con una paciente, ella decidiría si estaba dispuesta a practicar el aborto. De no ser así, ella dijo “yo refiero [a la paciente] al otro doctor... Quiero decir que no tenemos una tarjeta que nos identifique con la opción, pero dado que hay dos ginecólogos, generalmente cuando hay un aborto con el que uno de nosotros está en desacuerdo, pedimos a nuestro colega que lo realice”.

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue comprender la objeción de conciencia desde la perspectiva de los propios objetores e identificar rutas potenciales para intervención que pudieran reducir la carga de la objeción de conciencia como una barrera al aborto legal y seguro. Al describir los tipos de objeción, pretendemos expandir, más que resolver, un diálogo acerca de la diversidad de actitudes y conductas profesionales de los médicos colombianos que se identifican como objetores de conciencia. Si los objetores de conciencia son tratados como barreras monolíticas a los servicios de aborto, se podrían perder importantes oportunidades para diseñar intervenciones adecuadas a sus diversas experiencias y creencias. Este estudio indica que los objetores de conciencia son un grupo diverso, unificado por su preocupación acerca del bienestar emocional y físico de sus pacientes, pero dividido en términos de cómo ayudarlas mejor y si el feto tiene prioridad.

“El feto también es mi paciente” —cita de una de las ob-

*No pudimos entrevistar a los propios objetores de nueve semanas, pero las perspectivas de esos objetores pueden ser un área importante para investigación futura.

jetoras moderadas— resume la forma en la que el razonamiento biomédico se combina con una definición religiosa de la vida para sustentar la forma en la que muchos objetores de conciencia abordan sus responsabilidades con respecto al aborto e interactúan con sus pacientes. La médica que hizo esta afirmación creía que los fetos eran seres con derechos iguales a los de las pacientes. Al combinar este punto de vista, que proviene de las enseñanzas religiosas con su profundamente arraigada ética profesional, ella se sintió obligada a proteger la salud y el bienestar del feto. La continuación de la afirmación —“Yo no voy a matar a mis pacientes”— refleja la creencia de la médica en cuanto a que el aborto equivale a asesinato; esto le permitió poner los derechos del feto por encima de los de la mujer que busca atención médica, debido a que definitivamente está en peligro, mientras que la madre, si se ve forzada a continuar con el embarazo, enfrenta un menor riesgo físico. Resulta interesante el hecho de que esta participante estaba dispuesta a referir a sus pacientes, porque comprendía que si ella no las ayudaba a tener acceso a la atención legal y segura, podrían recurrir a alternativas peligrosas. En ese caso, dos vidas podrían perderse.

Sin embargo, otras personas entrevistadas, que expresaron opiniones firmes similares (incluso que el aborto es asesinato), no estaban dispuestas a referir a sus pacientes, ya que eso les haría “cómplices de asesinato”. Este comportamiento amenaza seriamente la capacidad de las mujeres para tener acceso a los servicios de salud y las pone en riesgo de buscar abortos ilegales peligrosos, los que informantes clave describieron como fácilmente disponibles en Bogotá.

En contraste, la mayoría de los objetores más moderados expresaron un sentido de tranquilidad en su capacidad de referir; se sintieron seguros en el entendimiento de que sus pacientes recibirían la atención que requerían. Una mayor referencia de los objetores de conciencia sería una meta significativa para intervención, y obtener una mejor comprensión de las creencias y prácticas de apego a la ley y respeto a las pacientes de los objetores moderados, podría ser un área para investigación hacia el logro de esta meta. Al comprender lo que permite a estos objetores sentirse tranquilos refiriendo a sus pacientes y proveyéndoles información precisa, los investigadores pueden aprender cómo mejor alentar cambios en conducta en los objetores que actúan fuera de la ley negándose a referir a sus pacientes, tratando de cambiar su opinión al respecto o actuando de otra forma como barrera para los servicios.

La objeción parcial y sus subcategorías presentan otra área para futura investigación. Debido al poco tiempo disponible para la recolección de datos, nosotros no pudimos entrevistar más que una objetora parcial que actúa caso por caso. La mayoría de los objetores que se basan en la edad gestacional con los que hablamos, objetaron en función de la supuesta viabilidad, aunque algunos objetaron los abortos que se realizan en edades gestacionales más tempranas. Puede existir una tercera subcategoría de objeción parcial basada en la técnica utilizada, pues una

persona entrevistada mencionó que dos colegas estaban dispuestos a realizar el aborto con medicamentos, pero no abortos quirúrgicos.

Además de tener implicaciones de salud pública como una barrera potencial a la atención médica, la objeción parcial constituye un tema interesante para la investigación bioética y legal. Muchos participantes se negaron a realizar procedimientos de término tardío después de un claro punto límite gestacional. En contraste, la objetora a base de caso por caso con quien hablamos, relató que la toma de decisiones la hacía después de hablar extensivamente con la paciente. El enfoque caso por caso puede resultar en evaluaciones inconsistentes y subjetivas, por lo que puede resultar contrario a la ética médica.⁴⁰

El número de personas en cada grupo en este estudio es un reflejo de las limitaciones de tiempo de los investigadores y no debe tomarse como indicativo de la proporción de objetores que podrían clasificarse en cada tipo. Sería necesaria una investigación cuantitativa para determinar esas proporciones. Futuros investigadores pueden también querer considerar la forma en la que las diferencias en la educación médica —por ejemplo, haber asistido a la escuela médica antes de la descriminalización— se relaciona con las diferencias en la prevalencia y presentación de la objeción de conciencia.

Limitaciones y fortalezas

Este estudio tiene varias limitaciones. Debido a que la recolección de datos se limitó a dos meses, no pudimos explorar en profundidad todas las categorías emergentes de la objeción, en particular la objeción parcial caso por caso. Además, los resultados son reflejo de la situación en una sola ciudad (Bogotá), la cual puede no ser representativa del país en su conjunto. A pesar de contar con una muestra pequeña no representativa, el estudio produjo datos de gran riqueza, pero la riqueza no se distribuyó uniformemente entre los participantes. Algunas personas entrevistadas, especialmente aquellas afiliadas a universidades, hablaron extensivamente después de cada pregunta, ofreciendo muchos ejemplos y notas contextuales al margen; las entrevistas con tales participantes tuvieron una duración de hasta dos horas.

La mayoría de las entrevistas, sin embargo, duró alrededor de una hora; y, la más corta, que usó la misma guía de entrevista que la más larga, solamente duró 30 minutos. Los lugares de las entrevistas también fueron muy heterogéneos, aunque siempre privados. Hicimos esfuerzos durante el análisis para considerar tal heterogeneidad.

El enfoque observado en un paradigma científico o médico puede haber sido consecuencia de las percepciones de los objetores con respecto a la persona que les entrevistó, un estudiante estadounidense de posgrado en el área de salud pública y epidemiología. Sería interesante observar cuáles serían las diferencias, si las hay, en las entrevistas si fueran conducidas por estudiantes de otra disciplina, como teología o leyes.

Este estudio no hubiera sido posible sin la voluntad

de los participantes de entablar un largo diálogo personal acerca de un tema potencialmente incómodo. Con unas pocas excepciones, los participantes se mostraron entusiasmados por hablar acerca de sus opiniones sobre el aborto; y varios se refirieron a la entrevista como una experiencia “catártica”. Cuando se les pidió apoyar con el reclutamiento de bola de nieve de otros participantes mediante la referencia a amigos y colegas, todos los entrevistados estuvieron de acuerdo. Esto significó una gran fortaleza de nuestro estudio. El entusiasmo de los médicos para discutir temas relacionados con el aborto de una manera abierta y honesta, sugiere que las intervenciones y actividades educativas deben incluir oportunidades para el diálogo acerca de las opiniones y experiencias personales.

Conclusión

A través de la gama de tipos de objeción, los objetores de conciencia describieron sus opiniones desde una perspectiva bioética, además de la espiritual o religiosa. Dado que la mayoría de los médicos en Bogotá asistieron a la escuela médica cuando el aborto era ilegal, no sorprende que hayan internalizado el mensaje de que el aborto es peligroso o sino contrario a la buena práctica médica. Suponiendo que la ética médica fuera, al menos en parte, enseñada e inculcada durante la educación médica, el razonamiento médico-ético en muchas entrevistas apunta a una ruta para intervención enfocada en continuar la educación médica y revisar los planes de estudio de la escuela de medicina.

Los objetores moderados, cuyas objeciones fueron primordialmente espirituales o religiosas, proporcionaron argumentos que podrían alentar a los objetores extremos a referir. Muchos objetores moderados consideraron la referencia como una opción que les permite ayudar a salvar “una de dos vidas”. Ellos comprendieron que es improbable que una mujer que ya ha tomado la decisión de abortar, cambie de opinión solamente porque un médico se niega a proveerle el servicio; y que la vida de la madre está en riesgo si se le niega el aborto, dada la probabilidad de morir si se somete a un procedimiento inseguro. El juntar a objetores moderados y extremos para una discusión acerca de la referencia podría ayudar a estos últimos a ver el valor de la referencia desde la perspectiva de un compañero católico.

Los tipos de objeción descritos en este artículo –objeción extrema, objeción moderada y objeción parcial caso por caso y basada en la edad gestacional–son categorías simplificadas que pretenden mostrar la gran diversidad de perspectivas y enfoques entre los objetores de conciencia en Bogotá. Esta diversidad debe considerarse en el desarrollo de programas de capacitación y sensibilización. Son indicados los ejercicios de aclaración de valores y capacitación en torno a la causal de salud para todos los médicos, sin importar su condición de objetor; y deben implementarse de inmediato en las escuelas de medicina y los programas de extensión de educación continua. Una serie de capacitaciones enfocadas en argumentos de derechos humanos para aplicar la causal de salud de una manera in-

tegral, ha sido evaluada en Colombia y parece promisoría para aumentar la comprensión de los médicos acerca de la ley y el respeto por la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones.⁴¹ Al implementar la capacitación enfocada en la causal de salud y otros temas en donde la confusión o la ignorancia pueden estar alimentando conductas poco profesionales o ilegales, podría disminuirse el impacto de la objeción de conciencia como barrera para el aborto legal y seguro.

Nosotros tratamos de comprender la objeción de conciencia desde la perspectiva del objetor, en un intento de encontrar formas de reducir el impacto de la objeción como barrera para la atención médica. Las cortes de Colombia han definido la objeción de conciencia y trazado sus límites, pero nuestra investigación reveló que estas disposiciones no están siendo implementadas y que la objeción de conciencia está siendo utilizada para negar la atención. Muchos de nuestros entrevistados describieron conductas poco éticas como el cuestionar agresivamente a las pacientes, rechazar referirlas y proporcionar información médica o legal engañosa.

La naturaleza limitada de la descriminalización abre la puerta para que los objetores bloqueen el acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro, diciéndoles que sus casos no se ajustan a los criterios legales. Al ser rechazadas sin una referencia y creyendo incorrectamente que no tienen derecho de obtener un aborto legal, estas mujeres pueden poner en riesgo sus vidas con un procedimiento inseguro. Proveer asesoramiento legal inexacto es claramente falto de ética, pero la limitada descriminalización da a los objetores un falso sentido de control sobre el acceso de cada mujer a la atención médica. Expandir la actual ley para permitir el aborto por elección, por cualquier razón, eliminaría el área gris que permite a los objetores confundir a sus pacientes de esta forma. Permitir el aborto sobre la base de la elección no afectaría los actuales derechos de los objetores, pero reduciría su poder de actuar como barreras para la atención en salud legal y segura.

REFERENCIAS

1. Grimes DA y Brandon LG, *Every Third Woman in America: How Legal Abortion Transformed Our Nation*, Carolina Beach, NC, EE.UU: Daymark Publishing, 2014.
2. Johnson BR, Jr., et al., Conscientious objection to provision of legal abortion care, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2013,123(Suppl. 3):S60–S62.
3. Grimes DA et al., Unsafe abortion: the preventable pandemic, *Lancet*, 2006, 368(9550):1908–1919.
4. Barot S, Unsafe abortion: the missing link in global efforts to improve maternal health, *Guttmacher Policy Review*, 2011, 14(2):24–28.
5. Haddad LB y Nour NM, Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality, *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 2009, 2(2):122–126.
6. Khan KS et al., WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review, *Lancet*, 2006, 367(9516):1066–1074.
7. Raymond EG y Grimes DA, The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States, *Obstetrics & Gynecology*, 2012, 119(2 Pt. 1):215–219.
8. Guttmacher Institute, Aborto inducido en los Estados Unidos, *Hoja informativa*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2016, <https://>

- www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb_induced_abortion_0.pdf.
9. Prada E, Biddlecom A y Singh S, Aborto inducido en Colombia: nuevas estimaciones y cambios de 1989 a 2008, *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2012, pp. 2-12, <https://www.guttmacher.org/es/node/14347>.
 10. Prada E, Singh S y Villarreal C, Health consequences of unsafe abortion in Colombia, 1989-2008, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012, 118(Suppl. 2):S92-S98.
 11. Ashford L, Sedgh G y Singh S, Haciendo accesibles los servicios de aborto a partir de las reformas legales, *En Resumen*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2012, <https://www.guttmacher.org/es/report/haciendo-accesibles-los-servicios-de-aborto-partir-de-las-reformas-legales>.
 12. Amado ED et al., Obstacles and challenges following the partial decriminalization of abortion in Colombia, *Reproductive Health Matters*, 2010, 18(36):118-126.
 13. Corte Constitucional, Sentencia C-355, 2006.
 14. Corte Constitucional, Sentencia T-388, 2009.
 15. Prada E et al., *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: Causas y Consecuencias*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011, <https://www.guttmacher.org/es/report/embarazo-no-deseado-y-aborto-inducido-en-colombia-causas-y-consecuencias>.
 16. Cook RJ, Erdman JN y Dickens BM, Achieving transparency in implementing abortion laws, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2007, 99(2):157-161.
 17. Cook RJ, Olaya MA y Dickens BM, Healthcare responsibilities and conscientious objection, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2009, 104(3):249-252.
 18. Koster-Oyekan W, Why resort to illegal abortion in Zambia? Findings of a community-based study in Western Province, *Social Science & Medicine*, 1998, 46(10):1303-1312.
 19. International Reproductive and Sexual Health Law Programme, *Access to Abortion Reports: An Annotated Bibliography*, Toronto: Faculty of Law, University of Toronto, 2008, <http://www.law.utoronto.ca/documents/reprohealth/abortionbib.pdf>.
 20. Women's Link Worldwide y O'Neill Institute for National & Global Health Law, *T-388/2009: Conscientious Objection and Abortion: A Global Perspective on the Colombian Experience*, 2014, <http://www.law.georgetown.edu/oneillinstitute/research/documents/WLWT-388-09English-FINAL.pdf>.
 21. Chavkin W, Leitman L y Polin K, Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: a white paper examining prevalence, health consequences, and policy responses, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2013, 123(Suppl. 3):S41-S56.
 22. Western Australia Department of Health, *Review of Provisions of the Health Act 1911 and the Criminal Code Relating to Abortion as Introduced by the Acts Amendment (Abortion) Act 1998*, 2002, <https://www.health.wa.gov.au/publications/documents/ABORTIONREVIEWmaster180602.pdf>.
 23. Victorian Law Reform Commission, *Law of Abortion: Final Report*, Melbourne, Australia: Victorian Law Reform Commission, 2008, <http://www.lawreform.vic.gov.au/content/law-abortion-final-report-html-version>.
 24. Shaw J, *Reality Check: A Close Look at Accessing Abortion Services in Canadian Hospitals*, Ottawa, Canada: Canadians for Choice, 2006, <http://www.sexualhealthandrights.ca/wp-content/uploads/2014/11/Reality-Check-Complete-Report.pdf>.
 25. Barge S, *Formal and Informal Abortion Services in Rajasthan, India: Results of a Situation Analysis*, Nueva Delhi: Population Council, 2004.
 26. Berer M, Termination of pregnancy as emergency obstetric care: the interpretation of Catholic health policy and the consequences for pregnant women: an analysis of the death of Savita Halappanavar in Ireland and similar cases, *Reproductive Health Matters*, 2013, 21(41):9-17.
 27. Human Rights Watch, *The Second Assault: Obstructing Access to Legal Abortion After Rape in Mexico*, Nueva York: Human Rights Watch, 2006, <https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/mexico0306webwcover.pdf>.
 28. Federation for Women and Family Planning, The effects of the anti-abortion law in force in Poland since March 16, 1993, 1996, <http://www.federa.org.pl/reproductive-rights-and-health/the-effects-of-the-anti-abortion-law-report-1996>.
 29. Centre for Health Systems Research and Development, *Accessing Termination of Pregnancy by Minors in the Free State: Identifying Barriers and Possible Interventions*, Bloemfontein, South Africa: Centre for Health Systems Research and Development, 2005, http://humanities.ufs.ac.za/dl/userfiles/Documents/00000/198_eng.pdf.
 30. Harrison A et al., Barriers to implementing South Africa's Termination of Pregnancy Act in rural KwaZulu/Natal, *Health Policy and Planning*, 2000, 15(4):424-431.
 31. Dresser RS, Freedom of conscience, professional responsibility, and access to abortion, *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 1994, 22(3):280-285.
 32. Corte Constitucional, Sentencia T-209, 2008.
 33. Women's Link Worldwide, *Lo Que Hay Que Saber Sobre el Aborto Legal (2006-2013): Lineamientos Constitucionales para el Ejercicio del Derecho al Aborto en Colombia*, Bogotá, Colombia: Women's Link Worldwide, 2013, http://www2.womenslinkworldwide.org/wlw/new.php?modo=detalle_proyectos&dc=7.
 34. Dickens BM, University of Toronto, comunicación personal, Dic. 6, 2015.
 35. García J, Clínica de Medio Ambiente y Salud Pública, Universidad de los Andes, comunicación personal, Dic. 6, 2015.
 36. Dalen A, *La Implementación de la Despenalización Parcial del Aborto en Colombia*, Bogotá, Colombia: Dejusticia, 2013, <http://www.dejusticia.org/#/actividad/1720>.
 37. Hennink MM, Hutter I y Bailey A, *Qualitative Research Methods*, London: SAGE Publications, 2011.
 38. Charmaz K, *Constructing Grounded Theory*, London: SAGE Publications, 2013.
 39. Finlay L, "Outing" the researcher: the provenance, process, and practice of reflexivity, *Qualitative Health Research*, 2002, 12(4):531-545.
 40. Dickens BM, University of Toronto, comunicación personal, Dic. 12, 2015.
 41. Gonzalez Velez AC, "The health exception": a means of expanding access to legal abortion, *Reproductive Health Matters*, 2012, 20(40):22-29.

Agradecimientos

Los autores quisieran agradecer a Chelsey Brack y Kalie Richardson por su rol integral en la creación e implementación de este proyecto, en particular por su colaboración con los primeros dos autores en el desarrollo y conducción de las entrevistas a informantes clave. También están muy agradecidos por la orientación técnica provista por Cristina Villarreal de Oriéntame y Wendy Chavkin de Global Doctors for Choice. Esta investigación fue posible gracias al apoyo financiero del Emory University Global Health Institute, el Global Elimination of Maternal Mortality from Abortion Fund y el Emory Interfaith Health Program.

Contacto de la autora: lauren.fink@gmail.com