

Co-diseño de una solución digital para el autocuidado del aborto


Profamilia

VITALA

Global Care
The Global consortium for Abortion and Reproductive Self-care.



Dirección Ejecutiva

Marta Royo, Directora Ejecutiva
Lina Castaño, Gerente de Gestión Social
Paola Montenegro, Directora de Investigaciones
Diana Carolina Moreno, Directora de Incidencia

Consortio Global Care

Larisa Caruso, Coordinadora Global Care

Equipo de Investigación

Paola Montenegro (Directora de Investigaciones de Profamilia)
Marcela Sánchez (Coordinadora de Gestión de Investigaciones)
María de los Ángeles Balaguera (Analista de Alianzas y Recursos de Profamilia)
Diana Marcela Zambrano (Analista de Investigación Cuantitativa)
Roopan Gill (Directora Ejecutiva de Vitala Global Foundation)
Genevieve Tam (Directora de Proyectos de Vitala Global Foundation)
Bianca Maria Stifani (Investigadora Cuantitativa de Vitala Global Foundation)
Silvia Barragán (Diseñadora UX/UI de Vitala Global Foundation)
Ana Jiménez (Investigadora y diseñadora senior UX/UI de Vitala Global Foundation)

Equipo de recolección de información

María de los Ángeles Balaguera (Analista de Alianzas y Recursos)

Equipo de elaboración de informe

María de los Ángeles Balaguera (Analista de Alianzas y Recursos de Profamilia)
Diana Marcela Zambrano (Analista de Investigación Cuantitativa de Profamilia)
Roopan Gill (Directora Ejecutiva de Vitala Global Foundation)

Transcripción de datos

Lida Muñoz
Helena Santa

Corrección de estilo

Gloria Hoyos

Portada: Profamilia 2023
Bogotá, D.C. 2023

Por favor citar: Asociación Profamilia y Vitala Global Foundation (2023). Co-diseño de una solución digital para el autocuidado del aborto. Bogotá. Marzo, 2023.

ISBN: 978-958-8614-96-0

DOI:



**Co-diseño de
una solución digital
para el autocuidado
del aborto**

Agradecimientos

Este informe está dedicado a todas las personas, grupos y organizaciones que día a día hacen posible el avance conjunto hacia horizontes de justicia sexual y reproductiva. Le agradecemos a todas las personas no binarias, mujeres, y hombres con experiencias de vida transmasculina que aceptaron contribuir con sus testimonios, opiniones e historias a la construcción de este proyecto, sin ustedes esta apuesta no habría sido posible. También queremos reconocer los aportes que todos los grupos, colectivos, organizaciones de base, entidades e instituciones brindaron a este volumen, gracias por prestarnos su voz para continuar caminando hacia un ecosistema de aborto seguro en Colombia.

Gracias especialmente a las siguientes organizaciones:

- Casa Cultural Frontera Morada (Cúcuta, Norte de Santander)
- Católicas por el Derecho a Decidir (Bogotá D.C.)
- Centro de Derechos Reproductivos (Bogotá D.C.)
- Colectivo Alienhadas (Bogotá, D.C.)
- Colectivo Aquelarre Violeta (Cúcuta, Norte de Santander)
- Colectivo Emma Goldman (Barranquilla y Soledad, Atlántico)
- Colectivo Ensororadas (Cúcuta, Norte de Santander)
- Colectivo Las Mijas (Cúcuta, Norte de Santander)
- Colectivo Polifonía (Bogotá, D.C.)
- Colectivo Rosa Violeta (Soledad y Baranoa, Atlántico)
- Colectivo Viraje (Popayán, Cauca)
- Comisaría de Familia de Mitú (Mitú, Vaupés)
- Corporación de Mujeres Ecofeministas COMUNITAR (Popayán, Cauca)
- Corporación Mujer, Denuncia y Muévete (Cúcuta, Norte de Santander)
- Fundación Jacarandas (Bogotá D.C.)
- Fundación Frida Khalo (Cúcuta, Norte de Santander)
- Furia Marika (Popayán, Cauca)
- Hospital Departamental Vaupés (Hospital San Antonio de Mitú) (Mitú, Vaupés)
- Innovación Social ONG (Soledad, Atlántico)
- Insurrectas (Popayán, Cauca)
- Laboratorio Aquelarre (Popayán, Cauca)
- Oficina Mujer y Género Vaupés (Mitú, Vaupés)
- Servicio Amigo – Programa de Enfermería de Universidad del Cauca (Popayán, Cauca)

Contenido

Agradecimientos	4
Presentación	9
1. Introducción	11
Objetivos y metodología	14
Limitaciones del estudio	19
2. Resultados de investigación	20
3. Contexto de aborto en Colombia: percepciones frente a necesidades y oportunidades después del fallo de la Corte 2022	23
3.1. Datos clave del contexto de aborto en Popayán, Cúcuta, Bogotá, Soledad y Mitú	29
Popayán, Cauca	30
Bogotá, D.C.	33
Cúcuta, Norte de Santander	34
Soledad, Atlántico	36
Mitú, Vaupés	37
4. Narrativas de salud en personas jóvenes: intersecciones entre salud sexual, salud reproductiva y salud mental	41
4.1. ¿Dónde está la información de salud sexual y salud reproductiva?	44
4.2. Enfoques diferenciales y transformaciones urgentes: identidades disidentes e interculturalidad en servicios de salud sexual y salud reproductiva	49
5. Anticonceptivos: narrativas de medicalización y agencia	56
6. Autocuidado del aborto farmacológico y telemedicina: oportunidades y retos	68
6.1. Sobre telemedicina	69
6.2. Aborto en espacios digitales	74

7. Necesidades del autocuidado del aborto en retrospectiva: algunas guías para el diseño	81
1) Información	83
2) Tiempo de espera	85
3) Costo	88
4) Privacidad y confidencialidad	89
5) Acompañamiento antes, durante, y después de los procedimientos	92
6) Rol de terceros acompañantes	95
8. Autonomía, cuidado y consentimiento: principios rectores para el autocuidado del aborto y el diseño de tecnologías de salud sexual y salud reproductiva	96
Preferencias en el diseño	96
Preferencias en contenido	98
Preferencias en herramientas	100
8.1. Principios centrales para el diseño	100
Autonomía y agencia	101
Consentimiento	102
Un llamado a cuidarse y a ser cuidado	104
9. Recomendaciones para prototipo presente y futuro	106
10. Conclusiones	108
11. Bibliografía	111
Anexos	117
Anexo 1. Listado de políticas de regulación y marco legal para provisión del servicio de aborto por telemedicina en Profamilia	117
Anexo 2. Lista de nodos y categorías utilizadas durante el procesamiento de entrevistas semiestructuradas	119

Lista de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de personas que respondieron la encuesta online	21
Tabla 2. Fuentes de consulta para sobre temas relacionados con salud sexual y salud reproductiva en las personas que contestaron la encuesta	45
Tabla 3. Tipo de dificultades que experimentó para acceder a los métodos anticonceptivos que está usando actualmente	58
Tabla 4. Personas que están de acuerdo con algunas afirmaciones mientras usan su teléfono para obtener información sobre los servicios de salud sexual y salud reproductiva	70
Tabla 5. Personas que le ayudaron en su procedimiento de aborto	77
Tabla 6. Principales dificultades experimentadas en el acceso a servicios de aborto médico y quirúrgico	82
Tabla 7. Acompañamiento a las personas que se realizaron o intentaron un procedimiento de aborto	94
Tabla 8. Personas que se sentirían cómodas obteniendo información sobre salud sexual y salud reproductiva en el dispositivo móvil a través de las redes sociales y medios electrónicos	97

Lista de figuras

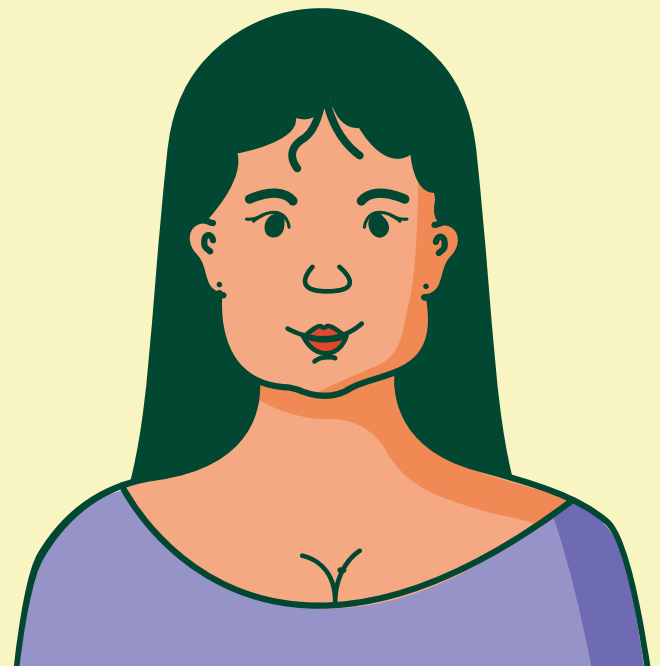
Figura 1. Situaciones que tuvieron las personas que contestaron la encuesta por grupos de edad	22
Figura 2. Uso de métodos anticonceptivos en los últimos dos años por grupos de edad (2021-2022)	57
Figura 3. Personas a quienes consultó sobre los métodos anticonceptivos que ha usado en los últimos dos años (2021-2022)	65
Figura 4. Funcionalidades que las personas esperan encontrar en una aplicación sobre salud sexual y salud reproductiva	98

Presentación

Proteger y garantizar el derecho al aborto es una de las tareas más urgentes por cumplir para fortalecer la agenda de equidad de género y sostenibilidad a nivel local, regional y global. En febrero de 2022 Colombia dio un paso histórico para el aseguramiento del acceso universal de este derecho con la sentencia C-055 de 2022 mediante la cual se despenaliza el aborto hasta la semana 24 de gestación, y aunque no es una apuesta libre de retos, representa un avance colectivo hacia un país más libre, equitativo, y democrático que nos acerca a cada vez más hacer realidad el ejercicio pleno del *derecho a decidir*.

Esta máxima, que ha sido premisa bandera en la lucha para que el aborto sea un derecho legal y socialmente reconocido, libre de estigmas y barreras, puede ir más allá de sus confines jurídicos y convertirse en un principio central para el diseño de tecnologías y servicios de salud más ajustados a las necesidades de las personas que abortan. Especialmente en un panorama marcado por afectaciones sociales, políticas y económicas sin precedentes por la pandemia de COVID-19, el compromiso de diseñar mejores servicios de atención y cuidado que puedan adaptarse a las identidades, experiencias, contextos sociales y posibilidades de la población usuaria es más necesario que nunca. En este sentido, la posibilidad de ampliar el acceso a los servicios a través de la modalidad de telemedicina, nos acerca a la oportunidad de repensar el papel que cumplen los modelos de atención de la salud en la transformación del rol de individuos y comunidades para tomar decisiones autónomas, seguras e informadas sobre su propia salud y bienestar, disminuyendo costos de atención, tiempos de espera, fomentando la autonomía y el agenciamiento de la salud.

Proteger y garantizar el derecho al aborto es una de las tareas más urgentes por cumplir para fortalecer la agenda de equidad de género y sostenibilidad a nivel local, regional y global.



Posicionados desde estas apuestas, en el 2021 se crea el Consorcio Global Care, en el que Profamilia juega un papel fundamental en dos roles: (1) Secretaría Técnica y (2) Miembro asociado del Consorcio, roles desde los cuales desarrolla las premisas de la presente investigación. Esta iniciativa mundial tiene el objetivo de facilitar prácticas de autocuidado del aborto a nivel global mediante la creación de modelos de atención centrados en la persona y sensibles al contexto, así como de herramientas de comunicación y promoción que ayuden a los actores clave en todos los niveles (comunitario, institucional y político) a apoyar y empoderar a las mujeres, hombres con experiencia de vida trans y personas no binarias asignadas mujeres al nacer para la toma de decisiones estratégicas sobre su autonomía reproductiva. El trabajo del Consorcio se ha centrado en el desarrollo de múltiples estrategias de acción, articulación e incidencia, así como en la creación de redes de apoyo, la promoción de disposiciones legales y el uso de tecnologías novedosas que generen ambientes óptimos para garantizar el acceso al aborto autogestionado, seguro y bajo los mejores estándares de calidad, todas estas, premisas también centrales para Profamilia en su misión de garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Enmarcados en dichas prioridades, Profamilia en articulación con Vitala Global Foundation, desarrollaron esta investigación con el fin de contribuir al marco de evidencia del autocuidado del aborto en contextos de telemedicina visibilizando las principales necesidades, barreras, y oportunidades que existen hoy por hoy en el ecosistema de aborto legal en Colombia, haciendo énfasis en las oportunidades que abren estas modalidades para facilitar el acceso a información y servicios de calidad que puedan suplir las brechas de acceso oportuno, inclusivo, en condiciones de dignidad y calidad. Asimismo, con esta iniciativa se espera visibilizar oportunidades de incidencia, innovación y fomento de buenas prácticas para el mejoramiento en servicios de teleaborto en Colombia y América Latina.

Esperamos que sus resultados no sólo se conviertan en insumos para el ajuste interno de servicios de la organización, sino que también puedan dar voz a necesidades persistentes en las experiencias de salud sexual y salud reproductiva de mujeres, hombres con experiencia de vida trans y personas no binarias asignadas mujeres al nacer; cuyo bienestar y cuidado serán metas permanentes.

Marta Royo

1. Introducción

En Colombia existe una brecha significativa en el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva, más específicamente, al aborto seguro, que impacta especialmente a población joven de escasos recursos que vive en zonas rurales o periféricas del país. Estas afectaciones, acentuadas por los efectos de la pandemia por COVID-19, podrían transformarse en ventanas de oportunidad a la luz de la expansión de servicios de telemedicina en el país y con las nuevas disposiciones de la sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional de Colombia, por la cual se despenaliza el aborto hasta las 24 semanas de embarazo. Estos avances abren una oportunidad clave a prestadores de servicios de salud como Profamilia para identificar rutas y herramientas que faciliten el acceso a servicios de aborto en un contexto libre de criminalización, al tiempo que abre posibilidades para la innovación en potenciales soluciones a los obstáculos identificados en el acceso a este derecho.

En este escenario, propuestas desde campos alternativos como las que ofrece el **aborto farmacológico**¹ por telemedicina, podrían posibilitar

1. **Aborto farmacológico:** también conocido como "aborto no quirúrgico", "aborto médico" o "aborto medicamentoso" hace referencia a la práctica de interrupción del embarazo que utiliza fármacos como el misoprostol y la mifepristona para realizar los procedimientos. Aunque la práctica más común hace referencia al uso de misoprostol únicamente, el tratamiento combinado (que incorpora la mifepristona) ha sido probado por ser más eficaz que la administración de misoprostol por sí solo (Lete et al., 2015; Coll, Serrano, Doval, & Carbonell, 2015; Organización Mundial de la Salud, 2019, 2022a). En Colombia el uso de medicamentos para la gestión del aborto está autorizado únicamente hasta la semana 10 de gestación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)



Aborto farmacológico
hace referencia a la práctica
de interrupción del embarazo
que utiliza fármacos
como el misoprostol
y la mifepristona para realizar
los procedimientos.

exploraciones desde las cuales se pueda acelerar el cierre de brechas de acceso mencionadas para población en condiciones de vulnerabilidad. Particularmente la telemedicina, modalidad en la cual el personal médico hace uso de las tecnologías de la información y la comunicación para diagnósticos y tratamientos, ha crecido sustancialmente en el último decenio paralelo a la masificación de uso de dispositivos móviles conectados a internet (Doshi et al., 2020) y su aplicación en servicios de salud sexual y salud reproductiva (entre los que se incluye aborto farmacológico), ha sido respaldada por las últimas dos guías técnicas para el aborto de la Organización Mundial de la Salud (2019; 2022a) y ha sido explorado de manera incipiente en experiencias positivas de países como Estados Unidos, Australia, Reino Unido, Argentina, e Indonesia (Prandini y Larrea, 2020).

La prestación coordinada de servicios de aborto en modalidad de telemedicina clínica se apoya actualmente en las guías y recomendaciones que ha emitido la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) frente al autocuidado del aborto y políticas nacionales de regulación de estos servicios así como las orientaciones proveídas por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2014). La OMS indicó que el autocuidado del aborto a través de telemedicina, es decir, fuera del contexto clínico de hospitales o puestos de salud, puede ser seguro cuando las personas tienen acceso a la información adecuada y cuando hay servicios de apoyo transversales para quienes lo requieren en todas las etapas del proceso (Organización Mundial de la Salud, 2022a). Esta investigación confirma estas disposiciones como elementos claves en la respuesta y adaptación de servicios de salud sexual y salud reproductiva, especialmente en población joven.

En esta perspectiva sobre la gestión de la salud, se reconoce el rol de las personas que desean abortar como agentes autónomos que pueden



En el marco de la pandemia por COVID-19, Profamilia creó el **servicio teleaborto** *mía* como parte de una estrategia para facilitar el acceso al derecho al aborto durante el confinamiento obligatorio.

tomar decisiones informadas sobre su propia salud, sin que esto implique necesariamente que se les transfiera la responsabilidad absoluta sobre la seguridad de las prácticas, y que en este sentido es clave crear y ajustar los servicios de apoyo, cuidado, y provisión de información para disminuir riesgos y efectos adversos.

En el 2020, en el marco de la pandemia por COVID-19, Profamilia creó el servicio teleaborto *Mía* (derivado de la palabra *autonomía*) como parte de una estrategia para facilitar el acceso al derecho al aborto durante el confinamiento obligatorio que se convirtió en una apuesta permanente en la organización. Adheridos a las regulaciones de telemedicina vigentes en el país para este periodo², el servicio ofrece valoración médica, prescripción y envío de medicamentos a la población usuaria solicitante a través de una línea de Whatsapp y de contacto telefónico directo. El Kit *Mía* que se envía al domicilio incluye: las dosis prescritas de mifepristona y misoprostol, folletos informativos para la autoadministración que acompañan gráficamente el proceso de atención, toallas higiénicas y el número telefónico de contacto con Profamilia para atender cualquier eventualidad. Adicionalmente, el servicio incluye la prescripción de anticonceptivos que se ponen a disposición de la persona consultante para que los inicie una vez realizado el procedimiento. Así, la investigación que se presentará a continuación busca, entre otras cosas, identificar oportunidades de mejora del actual servicio partiendo de testimonios de personas que han sido usuarias de *Mía* o que potencialmente lo pueden ser en el futuro. Esto, en línea con el reconocimiento de que el aborto en modalidad de telemedicina puede convertirse en una solución estratégica para la atención de población joven.

En este contexto, el presente informe presenta los resultados de la investigación mencionada y está dividido en siete (7) secciones organizadas de la siguiente manera: en la primera sección, se discuten los antecedentes del contexto del aborto en Colombia y se enmarcan las transformaciones posibles a partir de la nueva sentencia C-055 de la Corte Constitucional, se mencionan algunas de las percepciones de actores y personas entrevistadas en torno a que oportunidades existen para la transformación sociocultural del estigma del aborto a partir de la sentencia y también se aborda qué barreras se percibe que persisten. En la segunda sección, se presentan algunos datos de las dinámicas de aborto y acceso a salud sexual y salud reproductiva documentadas en los municipios priorizados en el marco de la investigación. En la tercera sección se analizan las narrativas de personas jóvenes con respecto al acceso a salud sexual y salud reproductiva,

2. Ver anexo 1: "Listado de políticas de regulación y marco legal para provisión del servicio de aborto por telemedicina en Profamilia"

así como sus testimonios de dónde se encuentra la información relacionada y también se examinan las perspectivas sobre necesidades de enfoques diferenciales para la atención de identidades disidentes y de grupos étnicos racializados en apuestas de salud sexual y salud reproductiva. En la cuarta sección se exploran las narrativas frente al uso de anticonceptivos, barreras y paradojas percibidas por las personas participantes y su relación con la autonomía en contextos de coerción.

En la quinta y sexta sección se abordarán las preferencias y percepciones de aceptabilidad frente al autocuidado del aborto en contextos de telemedicina, además se identifican nuevos elementos para el diseño de la solución digital propuesta en relación con las expectativas y necesidades documentadas en la investigación. En la séptima sección se abordarán los conceptos de autonomía, cuidado y consentimiento como principios rectores para el diseño de tecnologías en relación con servicios de salud sexual y reproductiva, esto a partir de la centralidad de estas categorías en los testimonios y encuestas obtenidas en el marco de la investigación. El documento cierra con reflexiones finales, recomendaciones generales para el prototipo, y las conclusiones sobre los hallazgos más significativos.

Objetivos y metodología

Esta investigación consolida los esfuerzos y colaboraciones de Profamilia y Vitala Global Foundation para la creación de un prototipo de solución digital que busca facilitar el autocuidado del aborto en población joven, paralelamente apuntándole a identificar rutas y diagnósticos sobre cómo aportar al fortalecimiento del ecosistema de aborto seguro en el país. Articuladas a estas metas, se suman también los siguientes objetivos específicos:

- Explorar las necesidades de atención de autocuidado del aborto de personas jóvenes asignadas mujeres al nacer (mujeres, personas no binarias, y hombres con experiencia de vida transmasculina) que vivan en Colombia, que hubieran o no accedido a servicios de aborto.
- Entender las preferencias de contenido y diseño de una solución digital que pueda brindar atención para el autocuidado del aborto a través de la plataforma MIA.
- Entender los riesgos y beneficios percibidos frente al uso de plataformas digitales para la atención y apoyo de necesidades en aborto.
- Entender las perspectivas de actores clave acerca de la solución digital para la atención y apoyo de necesidades en aborto.

Esta investigación de carácter exploratorio y de corte formativo, es la primera de dos fases consecutivas y representa la antesala de diagnóstico a través de la cual fue posible identificar necesidades de la población objetivo. La segunda fase, de aplicación, estuvo orientada a la incorporación de los hallazgos en la creación del prototipo. En el centro de esta apuesta se integraron de manera estratégica el *Diseño Centrado en la Persona* (como propuesta metodológica y creativa) y un *enfoque interseccional y basado en derechos humanos de la salud* (como lentes para el diseño y análisis de la información recolectada). La articulación de estos dos marcos permitió, por un lado, alinear y estandarizar los instrumentos de investigación a la medida de las características e identidades de los sujetos de la investigación, por otro, aportó a la convergencia interdisciplinaria de saberes y experticias tanto de los equipos de las organizaciones como de los grupos entrevistados y encuestados. Adicionalmente, hicieron posible centrar todos los puntos de contacto con personas y actores clave, en la empatía y la escucha atenta.

El **Diseño Centrado en la Persona** (Human-Centered Design) hace referencia a una metodología iterativa en el diseño que prioriza las necesidades y características de las personas usuarias de un producto o servicio en todas las fases de una intervención. Esto incluye entender los problemas desde sus perspectivas, informar adecuadamente sus necesidades al diseño, e incluir mediciones sobre sus experiencias en todos los reportes de avances e implementación (Fakoya et al., 2022).

El **enfoque interseccional y basado en derechos humanos de la salud** propone desde su orilla interseccional que se consideren las interrelaciones simultáneas entre distintos aspectos de la identidad social de los sujetos en sus contextos y como estas derivan en experiencias cualitativamente

En el centro de esta apuesta se integraron de manera estratégica el **Diseño Centrado en la Persona** y un **enfoque interseccional y basado en derechos humanos de la salud**.



distintas de exclusión y/o privilegio situadas en el encuentro de sus características sociales. Desde los derechos humanos de la salud, esta aproximación permite reconocer la universalidad, inalienabilidad e interdependencia de los derechos humanos que poseen todas las personas, y que en virtud de ello empodera a sus titulares a exigirlos, así como a los garantes de dar cumplimiento a sus obligaciones (OHCHR, 2016).

Sumado a la integración de estos marcos y enfoques, la investigación combinó métodos cualitativos y cuantitativos organizados en cuatro actividades clave:

1. Revisión de literatura y análisis de contexto de aborto en Colombia.

Se hizo una revisión de fuentes secundarias entre las que se incluyeron estudios publicados, estatutos legales, guías médicas, políticas sobre telemedicina y aborto seguro en Colombia. Esto proveyó información sobre el contexto legal, político, económico y social para el abordaje de servicios de aborto, salud sexual y salud reproductiva en contextos de telemedicina.

2. Entrevistas cualitativas semiestructuradas en municipios priorizados.

Realizadas a personas asignadas mujeres al nacer entre los 13 y 28 años que hayan o no tenido abortos inducidos (esto incluye a personas no binarias, mujeres, y hombres con experiencias de vida transmasculina) con el fin de indagar por barreras, oportunidades, y perspectivas enmarcadas en experiencias y narrativas sobre aborto, salud sexual y salud reproductiva, así como preferencias de diseño y contenido de posibles plataformas digitales que aborden estas temáticas y servicios. Se priorizó especialmente la participación de personas de grupos históricamente marginalizados (personas de la comunidad LGTBQIA+, personas migrantes, indígenas, afrocolombianas, y campesinas). Se realizaron un total de veinticuatro (24) entrevistas a personas usuarias o potencialmente usuarias de servicios de aborto; se llevaron a cabo en cinco (5) municipios del país elegidos por sus características demográficas y culturales, en relación con su visibilidad en medios por casos mediáticos de aborto en estos contextos.

3. Entrevistas a actores clave en los municipios priorizados y con escala nacional.

Una vez identificado el mapa de actores institucionales, comunitarios, grupos feministas de acompañamiento, organizaciones de base, y organizaciones humanitarias que trabajan sobre equidad de género, derechos sexuales, derechos reproductivos y más específicamente aborto; se llevaron a cabo entrevistas veintiún (21) con actores locales y tres (3) actores de escala nacional con quienes se buscó indagar por

acciones, perspectivas, y propuestas frente al contexto de aborto en Colombia y el uso de medios digitales para su acceso (telemedicina).

4. Encuesta virtual distribuida a nivel nacional. La encuesta indagó por cómo mujeres, hombres con experiencias de vida transmasculina, y personas no binarias asignadas mujeres al nacer entre los 13 y 28 años utilizan sus dispositivos celulares para acceder a información y atención en salud sexual y salud reproductiva, así como por experiencias de aborto. Fue difundida a través de plataformas de Profamilia (redes sociales de la entidad y páginas web Mia - Profamilia) y campañas de anuncio con terceros (aliados y/u otros actores estratégicos) acompañada con una estrategia de comunicaciones validada con miembros de la Red Joven Profamilia. Se recolectaron un total de 5.733 registros.

Tanto la encuesta como las entrevistas semiestructuradas con personas usuarias y actores clave incluyeron el abordaje de los siguientes ejes temáticos:

- Información sociodemográfica
- Tipos de dispositivos electrónicos de comunicación que los individuos usan y a los que tienen acceso
- Propósitos y usos de teléfonos celulares
- Dinámicas familiares
- Información aceptable de incluir en una intervención digital sobre autocuidado del aborto
- Estrategias óptimas para el uso de teléfonos celulares para intervenciones sobre aborto, salud sexual y salud reproductiva
- Preferencias sobre información de salud, salud sexual, y salud reproductiva
- Cualidades del diseño para la solución digital
- Privacidad y seguridad
- Percepciones y realidades de salud sexual y salud reproductiva, específicamente alrededor de contextos que restringen el aborto

- Soluciones de salud digital/salud móvil (mHealth) en el contexto actual colombiano
- Complejidad de crisis humanitaria e impacto sobre los servicios
- Aceptabilidad de una herramienta digital que brinde atención y apoyo para el acceso a servicios de aborto seguro
- Facilidad de uso de soluciones tecnológicas
- Inclusión y alfabetización digital

Esta investigación, fue aprobada el 8 de marzo de 2022 por el Comité de Ética de Investigaciones de Profamilia. Las entrevistas se realizaron de manera presencial en los municipios con la excepción de seis (6) casos en los que se optó por la alternativa de video llamadas debido a eventualidades de salud y movilidad. Esta recolección tuvo una duración de seis (6) semanas entre el 22 de marzo de 2022 y el 30 de abril de 2022. Para garantizar el consentimiento de las personas participantes, previo al inicio de cada entrevista fueron firmados consentimientos informados en los que se proveía información sobre los objetivos, temas a abordar y la duración de la actividad, el carácter voluntario de la participación y el tratamiento en condiciones de confidencialidad que tendría la información recolectada, así como la oportunidad de abandonar la entrevista en cualquier momento. Para el análisis de los datos cualitativos, las entrevistas fueron grabadas previo consentimiento y luego fueron transcritas. Para su procesamiento y sistematización se utilizó el programa NVivo12. La construcción de categorías y subcategorías se dio a partir de los ejes temáticos mencionados, así como en alineación con los objetivos y temas planteados en la investigación³.

La encuesta en línea fue creada en la plataforma SurveyMonkey®. Se utilizó una muestra no probabilística. Fue difundida a través de redes sociales y previamente calibrada con la retroalimentación de personas de la Red Joven Profamilia. Para el análisis de los datos cuantitativos, los resultados fueron analizados utilizando SPSS Statistics 25.

Finalmente, para la construcción de los análisis aquí presentados se implementó el método de **triangulación de información**, que se refiere a la práctica de utilizar, entrecruzar y contrastar múltiples fuentes de datos y enfoques de análisis para consolidar argumentos más cohesivos que puedan

3. **Ver anexo 2:** Lista de nodos y categorías utilizados durante el procesamiento de entrevistas semiestructuradas.

utilizar la información cualitativa y cuantitativa obtenida. A esta triangulación se suma la revisión bibliográfica sobre aborto, telemedicina, salud sexual, y salud reproductiva que se realizó con artículos e informes publicados a nivel local, regional y global localizados en bases de datos indexadas con acceso libre. Las categorías de análisis utilizadas en la sistematización de información cualitativa corresponden a los ejes temáticos centrales mencionados anteriormente, así como a algunas categorías emergentes en las entrevistas que corresponden a trayectorias de vida personal y visiones territorializadas sobre las narrativas de aborto. Las conclusiones y recomendaciones contenidas en este informe son el resultado de varias iteraciones con el equipo de Global Care, Vitala Global Foundation y de distintas áreas involucradas de Profamilia.

Limitaciones del estudio

Las limitaciones de la investigación están relacionadas con los alcances propios de las metodologías escogidas para lograr la representatividad de la población objetivo tanto en los ejercicios cuantitativos como cualitativos. La encuesta virtual, por ejemplo, se enfrentó a limitaciones principalmente derivadas de la baja participación de población sin dispositivos móviles, de pocas personas de grupos étnicos minoritarios, y de la baja participación de personas que habitan en zonas rurales del país en los que hay escasa conectividad digital. Además, frente a los módulos de preguntas sobre la favorabilidad frente al uso de dispositivos móviles para gestionar servicios e inquietudes relacionadas con su salud, se debe tener en cuenta que la población que respondió es mayoritariamente propietaria de al menos un dispositivo que se conecta de manera frecuente a internet y que sigue contenido relacionado con servicios de Profamilia, por lo que es posible que haya sesgos en las características y prácticas de quienes respondieron.

En las entrevistas semiestructuradas, las limitaciones estuvieron principalmente relacionadas con el reto de incluir y representar la heterogeneidad de las experiencias de aborto que pueden existir en Colombia y la tarea de convertir las subjetividades en características concretas. Hubo dificultades en la convocatoria de personas con identidades disidentes en contextos de aborto, así como de grupos étnicos como Raizal, Afro, Negro y Campesino debido a limitaciones operativas. Teniendo en cuenta estos puntos ciegos, es posible que haya particularidades de las experiencias de aborto que se omitieran en esta investigación pero que se espera ampliar en futuras oportunidades.

2. Resultados de investigación

Se realizaron veinticuatro (24) entrevistas semiestructuradas con personas asignadas mujeres al nacer, de ellas, diecinueve (19) eran mujeres CIS género, tres (3) personas no binarias asignadas mujeres al nacer y dos (2) hombres con experiencia de vida transmasculina. Sólo tres personas (3) se identificaron como indígenas el resto no tenía pertenencia a ningún grupo étnico. El promedio de edad de las personas entrevistadas fue de 24 años. Siete (7) de las veinticuatro (24) personas entrevistadas han tenido experiencias de aborto, cinco (5) de ellas con la plataforma Mia de Profamilia, una (1) en el sistema general de salud y una (1) adquirió las pastillas de manera clandestina. Con actores clave se llevaron a cabo veinticuatro (24) entrevistas, veintiuna (21) con actores locales en los municipios priorizados y tres (3) con actores de escala nacional.

En la encuesta aplicada en línea se recolectó un total de 5.733 encuestas de mujeres, hombres con experiencias de vida transmasculina, y personas no binarias asignadas mujeres al nacer entre los 13 y 28 años. De acuerdo con sus características sociodemográficas (Tabla 1), el 98,5% de participantes son mujeres CIS género, el 0,1% son hombres con experiencias de vida transmasculina, el 0,9% personas no binarias asignadas mujeres al nacer y el 0,5% personas con otra identidad de género. Por grupo de edad el mayor porcentaje de participantes tiene entre 20 a 24 años (46,4%) y el 95% de los participantes reside en la zona urbana. Con relación a su estatus de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el 81,5% de los participantes está afiliado al régimen contributivo, el 11,3% se encuentra afiliado al subsidiado, el 2,7% está en el régimen especial y el 4,6% no se encuentra afiliado.

De acuerdo con la pertenencia étnica, el 93,8% de participantes no se identifica con ningún grupo étnico, el 4,9% se identifica como Negro, Afrodescendiente, Raizal o Palenquero (NARP), el 1,2% como indígena y al menos el 0,1% como Gitana/Rom. Respecto al nivel educativo el mayor porcentaje de participantes que respondieron la encuesta se encuentran estudiando o ya culminaron sus estudios universitarios (48,5%), el 25,6% está cursando o terminó la secundaria y el 23,4% está realizando o ha terminado sus estudios técnicos/tecnológicos. Frente a los niveles de ingresos percibidos por las personas que respondieron la encuesta el 27,3% no tiene ingresos, el 42% percibe ingresos entre cero y un salario mínimo legal vigente, el 17,2% entre uno y dos salarios mínimos y el 14,3% más de dos salarios mínimos.

Tabla 1. Características sociodemográficas de personas que respondieron la encuesta online

Variable	Categoría	Porcentaje (%)
Identidad de Género	Femenino	98,5
	Hombre trans, No binario u Otro	1,5
Grupos de Edad	13-19	23,9
	20-24	46,4
	25-28	29,7
Área de Residencia	Urbana	95,0
	Rural	5,0
Etnia	Ninguna	93,8
	Raizal, Palenquera, Negra, Mulata o Afro	4,9
	Indígena	1,2
	Persona Gitana/Rom	0,1
Nivel Educativo	Primaria completa	0,3
	Secundaria (completa o incompleta)	26,1
	Universidad (completa o incompleta)	48,5
	Técnico/tecnológico (completo o incompleto)	23,4
	Maestría/Doctorado	1,7
Afilación SGSSS	Contributivo	81,5
	Subsidiado	11,3
	Excepción o Especial	2,7
	No está afiliada/o No sabe	4,6
Situación Laboral	Estudiantes	45,1
	Empleados o Independientes	36,9
	Desempleados*	15,8
	Otros	2,3
Nivel de Ingresos	No tiene ingresos	27,3
	0 - \$500.000	26,0
	\$500.001 - \$1.000.000	15,2
	\$1.000.001 - 2.000.000	17,2
	\$2.000.001 o más	14,3
Total casos		5.733

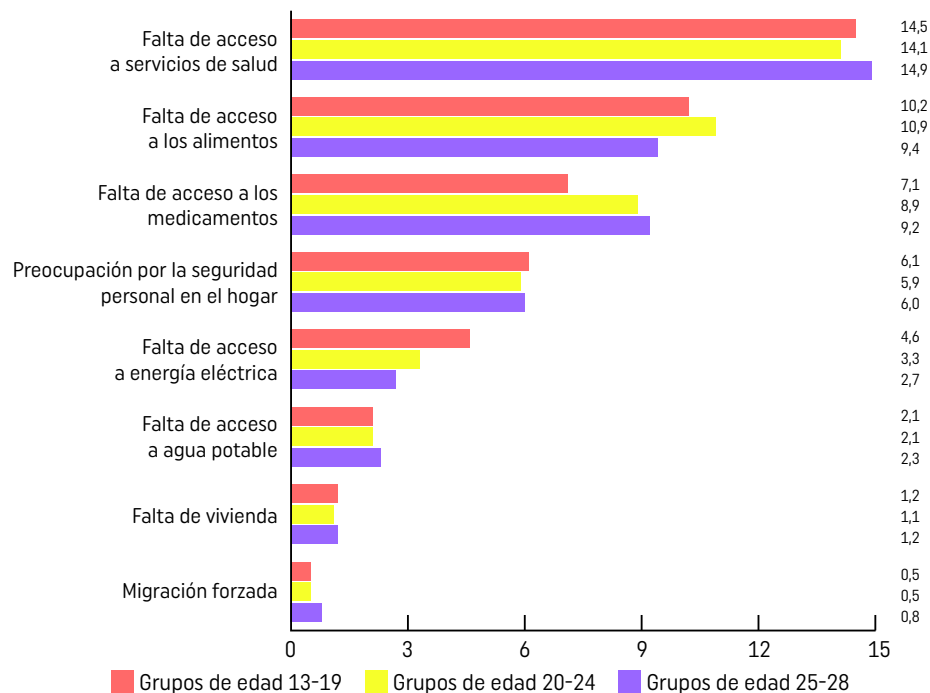
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la encuesta virtual.

* En la categoría de Desempleados están las personas que no estudian y no trabajan; desempleados que están o no buscando trabajo; o no pueden trabajar.

La encuesta permitió identificar algunas situaciones de vulnerabilidad que han sufrido las personas participantes en el último año. El 14,4% (n= 827) identificó que la falta de acceso a servicios de salud fue la principal dificultad enfrentada, a pesar de que alrededor del 80% de participantes está afiliado régimen contributivo. Interpretado por los grupos de edad, el 14,5% de los participantes entre 13 y 19 años, el 14,4% entre 20 y 24 años y el 14,9%

entre 25 y 29 años enfrentaron obstáculos para acceder a servicios de salud. La identificación de esta causa como una de las principales barreras podría estar relacionada con lo vivido debido a la situación de salud pública por la pandemia del COVID-19 desde el 2020, año en el que paradójicamente aumenta de 92,8% a 93,2% el porcentaje de personas afiliadas al régimen de salud a nivel nacional (DANE, 2020) pero cuyo acceso efectivo se pudo ver obstaculizado por la priorización de atenciones relacionadas con la pandemia por COVID-19 (Ver figura 1)

Figura 1. Situaciones que tuvieron las personas que contestaron la encuesta por grupos de edad



Fuente: elaboración propia a partir de los datos recolectados en la encuesta virtual.

Por otro lado, también se posicionan como importantes situaciones como la falta de acceso a alimentos (10,3%) y la falta de acceso a medicamentos (7,5%) como la segunda y tercera afectación más significativa enfrentada en el último año. De manera preocupante se evidencia que fueron los, las y los jóvenes de 20 a 24 años quienes principalmente indicaron haber tenido barreras para acceder a alimentos (10,9%) y participantes de 25 a 28 años fueron quienes más dificultades tuvieron para acceder a medicamentos (9,2%).

3. Contexto de aborto en Colombia: percepciones frente a necesidades y oportunidades después del fallo de la Corte 2022

Hoy por hoy, el contexto de aborto en Colombia se encuentra en un momento de transformaciones a nivel jurídico, institucional, social, y cultural. En febrero de 2022 la Corte Constitucional colombiana falló a favor de la demanda interpuesta a través de la sentencia C-055 de 2022 en la cual se despenalizó el aborto en todos los supuestos hasta las 24 semanas de gestación y manteniendo el modelo de tres causales definidas en la sentencia C-355 de 2006 para las semanas posteriores, por fuera de estas condiciones el aborto continúa siendo punible acorde con el Código Penal. Este tránsito parcial de delito a derecho, lejos de ser un esfuerzo novedoso, fue el resultado de transformaciones significativas en el panorama jurídico nacional e internacional y del posicionamiento de una agenda feminista y de derechos humanos basados en principios de autonomía y dignidad que empiezan a tomar fuerza en Colombia desde la década de 1970's (con el Primer Encuentro Nacional de Mujeres convocado por el Bloque Socialista en 1978 en Medellín) y que continúa catapultando varios movimientos sociales que luchan por la despenalización completa y la garantía de servicios de calidad para toda la población (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2009).

La característica criminal del aborto inducido fue configurada por primera vez en el Código Penal Colombiano en 1936⁴, continuó en la actualización de 1980, y nuevamente se ratificó en el artículo 122 de la Ley 599 del 2000⁵ a la luz del artículo 11 de la Constitución Colombiana de 1991 y el ítem 4.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos, en los que se consignó que "El derecho a la vida es inviolable" y que "Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción" respectivamente. Bajo estas disposiciones, las prácticas de aborto inducido eran amenazadas con posibles penas de prisión a "la mujer que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause", al igual que a "quien, con el consentimiento de la mujer, realice la conducta" (Corte Constitucional de Colombia, 2022).

4. Vigente hasta 1980.

5. Se aclara que a medida que se daban estas actualizaciones se iban documentando diferencias importantes entre aborto consentido y se fueron incorporando circunstancias específicas relacionadas con abuso sexual que otorgaron matices a la interpretación del delito.

En el balance de la decisión de la Corte, estas disposiciones pudieron ser contrarrestadas en el fallo del 2022 bajo razonamientos como: el reconocimiento del derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo; la forma en la que la sentencia del 2006 desconoce el derecho a la igualdad y reconoce la desproporcionada afectación y configuración de barrera para mujeres en situación de vulnerabilidad y en situación migratoria irregular; la existencia de documentos internacionales (de distinto valor normativo), que, a diferencia del año 2006, han defendido la despenalización del aborto más allá de las tres causales definidas en la Sentencia C-355 de 2006 y, por tanto, permiten avanzar en una nueva comprensión constitucional del fenómeno, en línea con esto por ejemplo en la Corte Interamericana de Derechos Humanos se reconoció que si bien la vida es un bien jurídico que se protege en todas las etapas de su desarrollo, no se protege con la misma intensidad. Así, la vida prenatal no se exige de reconocerse como un bien jurídico a proteger, pero reconoce que el feto no es sujeto de derechos y tenga personalidad jurídica distinto de la persona embarazada, que sí es sujeto de derechos. También se sumaron razonamientos como “el reconocimiento de cómo la criminalización del aborto va en contravía con las obligaciones de respeto al derecho a la salud y los derechos reproductivos de las mujeres, las niñas y las personas gestantes. La tipificación de la conducta se fundamenta en un criterio sospechoso de discriminación: el sexo. También, la sentencia acepta que la norma demandada permite juzgar y sancionar a alguien que decide actuar conforme a sus juicios morales o íntimas convicciones, lo que afecta de manera intensa la citada libertad ya que da lugar a la imposición de una manera específica de proceder, que en este caso implica tener que asumir la maternidad —finalidad última que pretende realizar el tipo penal—, aun en contra de la propia voluntad, aspecto que afecta de manera intensa la libertad de conciencia de las mujeres, las niñas y las personas gestantes” (Corte Constitucional de Colombia, 2022).

Con este fallo, Colombia tomó la delantera en América Latina en materia de autonomía reproductiva⁶ al convertirse en el país con el mayor número de semanas permitidas para el aborto libre en la región, sin embargo, al tiempo, presencié la apertura (o continuación) de grandes interrogantes frente a la implementación de esta decisión y cómo se combatirán las grandes barreras que persisten. Prueba de ello fueron los numerosos artículos en medios de comunicación y redes sociales que aparecieron en las semanas

6. En comparación con otros países como México donde la despenalización está vigente hasta la semana 12, Chile que se sostiene en el modelo de las tres causales y Argentina hasta la semana 14 en todos los casos y sin vigencia de límite de tiempo en casos de violación y riesgo para la vida o salud de la madre. Similar es el caso de Uruguay y Guyana, y Cuba.

posteriores a la emisión del fallo, abordando un reactivado debate entre actores del ecosistema de aborto (que incluye a prestadores de servicios, personas usuarias, entidades reguladoras, entidades jurídicas y gubernamentales, colectivos y organizaciones de base feministas e incluso grupos detractores anti-derechos) sobre cómo esta decisión se traduciría en adaptaciones en los servicios de salud y de protección a los procedimientos, paralelamente cuestionando cómo esta oportunidad de reinversión reforzará o disminuirá las barreras de acceso efectivo y seguro al aborto.

Ante este panorama emergieron posturas con distintos grados de aceptación frente al fallo. Por un lado, numerosas organizaciones feministas y personas a favor del aborto celebraron la decisión indicando que se convierte en una oportunidad para reducir el estigma social y aumentar las garantías para su exigibilidad en entidades prestadoras de salud. Mencionan en las entrevistas:

“eso ya nos da como una base legal, porque más allá de lo que nosotras sabíamos de la autonomía y demás, muchas personas necesitan tener como que algo, un papel escrito, una base legal que les diga que eso está bien, para que lo consideren correcto, entonces siento que eso es eso, un avance hacia la despenalización social, siento que pues es de gran ayuda porque las mujeres que estaban siendo criminalizadas eran precisamente las jóvenes, las de las zonas rurales y las migrantes que no tenían el conocimiento, estaban en situaciones de vulnerabilidad y el hecho de que no se les inicie un proceso o que no las amenacen con meterlas a la cárcel, pues es como que de mucha ayuda.”(Actor local 1 en Cúcuta, comunicación personal, 4 de abril de 2022)



Con la Sentencia C-055 de 2022 Colombia tomó la delantera en América Latina en materia de autonomía reproductiva al convertirse en el país con el mayor número de semanas permitidas para el aborto libre en la región.

En esta postura, emergen además algunas narrativas que vinculan directamente el aborto con la maternidad deseada y potenciales impactos positivos en la crianza. Así, este cambio jurídico amplía en su perspectiva el espectro de impacto a otras esferas culturales relacionadas con el afecto, la convivencia, la crianza y la reducción de la violencia:

"[...] esperamos que cambie todo, porque pues es que esto es un hecho histórico que no nos esperábamos y lo que, pues yo no me voy a detener mucho en el tema, pero [...] cambia la normativa. El solo hecho que las mujeres tengan al menos hasta la semana 24 para interrumpir de manera libre y voluntaria su embarazo, esto nos va a situar en un lugar distinto frente al embarazo no deseado. O sea, lo que esperamos que va a cambiar es que los embarazos que en adelante vamos a tener aquí en Colombia van a ser embarazos deseados, entonces para mí eso es el mayor logro, o sea que ninguna mujer se va a ver obligada a maternidades forzadas, porque sabemos que cuando una mujer está embarazada y no desea tenerlo, aborta lo más rápido posible. Entonces, en términos normativos ideales, es eso que los embarazos van a ser deseados, que a las mujeres no las van a obligar a tener hijos de manera forzada, que eso va a ser bajo el derecho a decidir. Pero también sabemos que lo que sigue es muy duro en términos de barreras, de barreras institucionales, de barreras estatales, se nos viene seguramente proyectos de ley y se nos viene una arremetida jurídica, legislativa en este país, por ejemplo." (Actor nacional, comunicación personal, 18 de abril de 2022)

Estos testimonios resultan interesantes considerando las altas tasas de madres solteras en Colombia que destacan en comparación con el resto de América Latina (ONU Mujeres, 2019), y abren una interesante pregunta sobre la posibilidad de este cambio en la sentencia de impactar en el largo plazo estas estadísticas sobre la estructura demográfica y familiar en el país.

Este tipo de narrativas, que dan un peso significativo al carácter transformador de este tipo de decisiones en la Corte Constitucional, no excluyen reconocer la paradoja que se abre entre el derecho y el goce efectivo. Es decir, no omiten que las barreras frente al aborto desaparecen o se debilitan completamente, más bien consideran que este cambio permite una reinterpretación social de la sanción sociocultural que tiene asignada el aborto, y pone bases valiosas para la construcción de nuevos significados sociales. A este fenómeno optimista en cambios jurisprudenciales Lemaitre (2009) denomina "fetiche del derecho" y recomienda balancear con un necesario ejercicio de "estudiar el papel generador de sentidos sociales y las emociones involucradas en la reforma legal, ya que estos factores en buena parte explican la relación entre la violencia y la abundancia de derechos y

su defensa" (Lemaitre, 2009, 28). Algunas de estas barreras fueron reconocidas por las personas y actores entrevistados al mencionar que:

"Yo creo que hay que revisarlo, o sea para poder actualizarnos, puede ser que cambia bastante, puede ser que de pronto no tanto, porque un poco igual ya estábamos tratando ya el aborto como por decisión autónoma, nosotras ya estábamos hablando de eso, no por fuera de las tres causales como algo ilegal, sino como pensándose más desde el derecho. [...] Poniéndolo muy desde esa onda, porque pues obviamente estábamos a favor y sentíamos que era necesario plantear el debate desde ahí, no negando ni poniéndolo como clandestino, sino como decisión autónoma. [...] pues si nada más la sentencia lleva 14 años y aun así tiene unas barreras enormes, pues como va a ser este, yo creo que va a tener mucho más [...] Y sobre todo que es un, digamos una ley, digamos la aplicabilidad de eso tiene que ver con un sistema de salud paupérrimo, entonces como que uno ya sabe que no lo atienden para otras cosas, entonces como que también, uno sabe cómo que ahí eso es un filtro ni el tenaz, porque uno ya sabe que las EPS no funcionan, que tienen limitaciones técnicas, que no tienen insumos, que tienen problemas, problemas y problemas, y en lo rural mucho más, entonces eso se adapta a ese sistema muerto y paupérrimo que va a rastras por ahí." (Actor local 1 en Popayán, comunicación personal, 22 de marzo de 2022)

"al final pues... la norma, la norma no cambia los patrones de comportamiento ni culturales, es un avance importante, pero no lo va a cambiar, entonces, si se sigue presentando, como se hace en soledad y las mujeres se exponen, a sufrir los dolores, a que si se complejiza pues van a donde tengan que ir, pero allá, allá, pues las maltratan psicológicamente y demás" (Actor local 2 en Popayán, comunicación personal, 24 de marzo de 2022)

Analizar el triunfo de la despenalización parcial del aborto en el país implica reconocer el rol trascendental que jugaron las movilizaciones sociales feministas colombianas y Latinoamericanas para alcanzar este logro en la Corte Constitucional. En el pasado, esta misma batalla trató de darse en el Congreso con al menos 39 proyectos (Dalén, 2011) (El Tiempo, 2022) radicados entre 1975 y el 2020 que no lograron resolverse a favor de esta causa. Adicionalmente, al tratarse de un caso tangente a artículos constitucionales y con un precedente jurídico en el Código Penal, la Corte se convirtió en la plataforma para dar solución a esta tensión. Este evento sumado a otras coyunturas de movilización social en favor de la despenalización abre una oportunidad para explorar las formas en las que estos grupos se convierten en comunidades vigilantes que trabajan por resguardar la plena implementación de las leyes (Castañeda, 2022). En secciones posteriores se examinará más de cerca este rol de grupos feministas, organizaciones

de base, y grupos de acompañamiento en el ecosistema de aborto y en relación específica con el acceso a salud sexual y salud reproductiva. Esto haciendo especial énfasis en cómo articulan su quehacer con grupos históricamente marginalizados y personas en condiciones de empobrecimiento.

Finalmente, un grupo significativo de actores y personas usuarias entrevistadas planteó que a pesar de todas las implicaciones positivas de la sentencia C-055 de 2022, las barreras en los servicios de salud y la inclusión parcial pero no explícita de población trans y no binaria en la sentencia configuran un panorama de retos complejos que no terminan de resolverse en el documento de la Corte. Del lado del argumento de la visibilidad trans y no binaria indicaron:

“¿Qué pasa si pongo “personas trans y personas gestantes”? ¡Se atacan! [...] Entonces como nombrar todas las categorías es muy importante, o sea por más que se gaste un poco más de tiempo, como mujeres, personas transmasculinas..., así se gaste más tiempo ¡hágalo!, porque no pueden reconocer la identidad [de las mujeres] y las otras [identidades] ponerlas a la sombra de un ser por allá que también [aborta] [...] todo el sistema de salud se tiene que reinventar completamente y dejar de pensar que solamente existe el binario y ya. Lo demás está por fuera en el lugar de la diversidad y en el enfoque diferencial”. (Actor Local 1 Bogotá, comunicación personal, 30 de marzo 2022).

Actualmente, la sentencia C-055 de 2022 menciona de manera explícita en su contenido a “mujeres, niñas y personas gestantes” siendo esta última, la categoría que la Corte utiliza en un documento jurídico de estas proporciones por primera vez para incluir a personas no binarias y hombres con experiencia de vida transmasculina a quienes se extiende el acceso. El concepto de persona gestante (también expresado como *cuerpo gestante* o *con capacidad de gestar*) empieza a ser debatido profundamente en espacios académicos latinoamericanos en el 2014 con la conferencia “Varones y aborto: decisión de ellxs, conquista de todxs” auspiciada por el Colectivo de Varones Antipatriarcales CABA y el Grupo de Estudios sobre Sexualidades (GES) del Instituto de Investigación Gino Germani en la Universidad de Buenos Aires (Latfem, 2020) y desde entonces ha detonado múltiples conversaciones sobre el uso estratégico del concepto por parte de actores institucionales y también colectivos comunitarios para visibilizar e invisibilizar las transmasculinidades y a personas no binarias y también por reducir a las personas a su capacidad reproductiva (Actual, 2022) (Michael Powell, 2022).

Como se elaborará en secciones posteriores, los principales obstáculos percibidos frente al acceso al aborto suelen aparecer encadenados

simultáneamente unos a otros y conspiran de maneras cualitativamente distintas en los contextos, particularmente volviéndose más complejos y difíciles de sortear en las experiencias de personas trans y no binarias. Este hecho está articulado a la experiencia interseccional de la salud en su dimensión sexual y reproductiva, que cambia su accesibilidad y calidad en los servicios de acuerdo con las identidades y contextos de personas usuarias y entidades de salud.

3.1. Datos clave del contexto de aborto en Popayán, Cúcuta, Bogotá, Soledad y Mitú

La experiencia del aborto en Colombia está marcada por dinámicas territoriales y socioculturales, así como por determinantes sociales ligados a los recursos económicos, el acceso a información, la disponibilidad de prestadores de servicio, entre otros. Explorar las diferencias territoriales de acceso al aborto permite visibilizar las necesidades que los distintos grupos poblacionales tienen en función de posibilidades y barreras en su contexto inmediato. La presente sección pretende abordar justamente estas diferencias, partiendo de los hallazgos cualitativos exploratorios de entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo en cinco (5) municipios del país escogidos por las relaciones históricas, culturales y sociales que tienen con el derecho al aborto. Estas dinámicas priorizaron, por ejemplo, que pudiera recogerse información de zonas remotas afectadas por el conflicto armado y en la que hay baja capacidad en los centros de salud para estas atenciones (razón por la que se incluye Mitú (Vaupés)), al menos un territorio de frontera en el que hubiera alta presencia de población migrante Venezolana y las dinámicas laborales sean predominantemente informales (por lo que se priorizó Cúcuta (Norte de Santander)), también se buscó incluir un municipio con altas tasas de criminalización de prácticas de aborto en Colombia a personas jóvenes (por lo que se incluye Soledad (Atlántico)). Así mismo, se buscó incluir al menos un territorio en el que se presentaran conflictos culturales e interculturales basados en creencias religiosas e identitarias de la población (frente a lo cual Popayán (Cauca) fue seleccionado como uno de los municipios relevantes por sus características demográficas y considerando la atención mediática de casos de aborto disputados públicamente en el municipio). Finalmente, se buscó incluir un municipio en el que pudieran visibilizarse las tensiones entre alta proporción de prestadores de servicios pero que aún, así posee dinámicas excluyentes especialmente afectado a población en condiciones de pobreza (aquí, fue Bogotá D.C el municipio priorizado). A continuación, se detallan los hallazgos principales en cada uno:

Popayán, Cauca

Es la capital del Departamento del Cauca en el suroccidente colombiano, cuenta con 318.059 habitantes según el Censo Nacional de Población y Vivienda realizado por el DANE en 2018, 51.498 de sus habitantes (14%) vive en zonas rurales, y 266.561 (86%) viven en la cabecera municipal. En cuanto a la composición de población por sexo, según el Censo de 2018, el 52% de las habitantes del municipio son mujeres y de este grupo el 84% vive en el casco urbano.

Popayán, como capital departamental, se caracteriza por tener una alta densidad poblacional por kilómetro cuadrado, aunque su superficie representa sólo el 2% del departamento su peso demográfico acapara el 22% de la población (Alcaldía de Popayán, 2020). Como centro de poder, agrupa la oferta de servicios institucionales y de salud del departamento, cuenta con 27 entidades prestadoras de servicios de salud sexual y reproductiva (Pro-familia, 2020).

A nivel sociocultural, el municipio es escenario de encuentros multiculturales entre grupos étnicos, élites económicas conservadoras, dinámicas complejas de ruralidad, experiencias de conflicto armado, y un patrimonio histórico colonial asociado con la herencia católica. En este contexto, actores y personas usuarias entrevistadas afirman que las experiencias de aborto y salud sexual y reproductiva están permeadas por dinámicas particulares asociadas a este territorio, a continuación, se enlistan brevemente algunas:

- Al ser el centro administrativo y político, a diario recibe población flotante, migrante y desplazada proveniente de otros municipios del departamento que viaja para gestionar trámites, servicios e incluso tener acceso a señal de celular e internet (muy limitadas en otras zonas del departamento). En este flujo, es frecuente que estos viajes se den en búsqueda de la atención de necesidades de salud que no son atendidas en otros municipios del departamento, que, por sus características de ruralidad se encuentran desatendidos y desconectados de la infraestructura de servicios.
- Similar al resto del departamento, Popayán posee una larga y compleja tradición de organización y movilización social que juega un papel fundamental en la promoción de los derechos humanos y la posibilidad de articular agendas de equidad de género, justicia reproductiva y autonomía. Un actor local menciona: "el Cauca precisamente por, como toda su complejidad social, también es como un hervidero del movimiento social y uno a veces no lo siente sino hasta que está afuera" (Actor local 1 en Popayán, comunicación personal, 22 de marzo de 2022)

- Una de las principales barreras identificadas por las personas entrevistadas hace referencia al peso social del dogma católico en las decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción. La presencia física de monumentos e iglesias en la ciudad también genera un escenario de tensiones que reitera el lugar central que juega la Iglesia católica como un actor en el ecosistema de aborto local.

“en Popayán, por el hecho de ser una ciudad católica y que la mayoría de los colegios son católicos, siguen viendo como tabú esa vaina de los derechos sexuales y reproductivos, hablar de condones en un colegio es “uy, invocar al demonio”, entonces creo que esa es una de las mayores, como, barreras que existen, el hecho también de que muchas personas no tienen el fácil acceso a los anticonceptivos o son muy caros, o como que no los usan porque no los conocen” (Actor local 1 en Popayán, comunicación personal, 22 de marzo de 2022)

- Similar a como será descrito en los otros municipios priorizados, la información sobre la logística de servicios de aborto en el municipio está en manos de tres tipos de actores: entidades prestadoras de servicios, farmacias y grupos de acompañamiento feministas. Estos últimos se han empezado a posicionar a través de redes sociales como alternativas de acceso a servicios de aborto que acompañan los casos a través de llamadas constantes, mensajes en redes sociales, envío de las pastillas para los procedimientos (en ocasiones), pago de manutención para quienes han viajado, acompañamiento presencial a los procedimientos, e incluso el préstamo de sus casas. Especialmente en los municipios pequeños del Cauca estos grupos de acompañamiento ocupan un lugar importante por la posibilidad de confidencialidad que ofrecen y también por la posible reducción de costos de desplazamiento hacia la cabecera.

Explorar las **diferencias territoriales de acceso al aborto** permite visibilizar las necesidades que los distintos grupos poblacionales tienen en función de posibilidades y barreras en su contexto inmediato.



- La presencia de actores armados y de grupos ilegales que controlan territorios del Cauca, crea barreras particulares para acceder a los procedimientos. A algunas personas, estas circunstancias las empujan a viajar a Popayán en búsqueda de lugares donde acceder a los procedimientos haciendo que incremente significativamente el costo de la atención, al implicar también gastos de alimentación, hospedaje y transporte que se dilatan en los tiempos de espera en las entidades médicas. A otras, les inhibe de buscar estas opciones en primer lugar y les obliga a optar por alternativas clandestinas en sus hogares:

“todo pasa por el Cauca, la paz pasa por acá y la guerra de manera particular por acá y la ausencia y precariedad del Estado también, pues es que son muchos factores, entonces, por supuesto, sabemos que hay en muchos lugares, donde además es que la interrupción del embarazo es algo, pues que las mujeres hacen a solas, lo hacen a solas porque es una sociedad que, o sea, no, no va a llegar hasta, es que, pero igual el conflicto armado hace que sea más difícil acceder a espacios, además porque en muchos casos pues nos encontramos con violencia sexual, o sea, en el marco del conflicto armado, y a partir de allí también la inquietud frente al aborto, o frente a cómo acceder a sus derechos a, pues, a la salud sexual, y todo queda ahí deviene, entonces hay muchos más limitantes porque, porque las mujeres no cuentan, lo atienden en su casa, porque además en las zonas rurales, pues tú sabes que no hay tampoco la posibilidad de la privacidad, yo me acuerdo que en ese tiempo nos contaban, no me acuerdo en que municipio, pero que era terrible porque, por ejemplo, hacían esas campañas que hacen, solamente campañas, pues que hacen a las mujeres, que citologías, que no sé qué y que las citologías las hacían, o sea, adecuaban un lugar, ni siquiera hay un lugar privado para hacerse la citología, y a las mujeres ir a hacerse una citología, a muchas les cuesta y les cuesta, aunque este el servicio, pues porque les da pena. Entonces yo creo que claro, el conflicto armado, pues impide que haya el ejercicio pleno de los derechos” (Actor local 2 en Popayán, comunicación personal, 24 de marzo de 2022)

- Particularmente, entre las prácticas de aborto clandestinas en el municipio se señala con preocupación la mención de experiencias de abuso sexual a manos de personas que trabajan en farmacias locales y proveen pastillas abortivas:

“una persona que me contó que un farmacéuta que ponía aquí ilegalmente las pastillas, [...] les decía que la única forma de introducirse las era penetrándolas, imagínate, mujeres en medio de su IVE vivieron una violación, entonces dime ¿qué parte de esa historia quieres contar tú?, o sea, ¿con qué derecho creen que pueden manipular así el cuerpo de las

mujeres?, o sea, la IVE es una necesidad, en territorios como este es una necesidad y es una necesidad de la que se tiene que hablar" (Actor local 3 en Popayán, comunicación personal, 24 de marzo de 2022)

"Yo conozco dos casos, no como de manera tan cercana, pero si me han dicho de que los farmacéutas les dicen cómo: "sí, aquí te la vendo", no sé qué, "pero para poder que te funcione, tiene que ser la pastilla introducida vaginalmente lo suficientemente arriba y para que sea lo suficientemente arriba, pues yo tengo que empujártela con el pene porque es la única forma", entonces las violan en el momento en el que les venden los medicamentos, bueno, el misoprostol, que ¿quién sabe si sí es misoprostol?... sino que será". (Persona no binaria 3 en Popayán, Comunicaciones personales, 23 de marzo de 2022)

La falta de confidencialidad como una barrera en todos los municipios será explorada con más detalle en secciones posteriores, sin embargo, de manera preliminar se resalta la mención constante de estas situaciones en las entrevistas y que confirma que es un factor presente en el contexto de aborto en el municipio.

Bogotá, D.C.

Es la capital de la República de Colombia, representa el epicentro político, económico, administrativo, industrial, cultural, deportivo y turístico del país. Concentra la mayor cantidad de habitantes a nivel nacional, agrupa al 17% de la población total del país según el DANE, lo que equivale a 7.181.469 habitantes en total y de los cuales el 49% son hombres y el 52% mujeres (DANE, 2018). Desde el 2015 se ha posicionado como uno de los principales territorios receptores del flujo migratorio venezolano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021), a los que se suman también los grupos migrantes nacionales y de desplazados que llegan en búsqueda de oportunidades laborales y de acceso a la justicia. De las víctimas de desplazamiento en el municipio, se destaca que el 35% tiene entre 18 y 28 años, que el 50% son mujeres, y que el 0.04% son parte de la comunidad LGTBIQA (Conexión Capital, 2018). A nivel de criminalización del aborto, es la ciudad de Colombia con más hechos investigados (1.008) de acuerdo con el estudio "La criminalización del aborto en Colombia" de la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2021).

En materia de los resultados sobre oportunidades y retos para el acceso a aborto, y otros servicios de salud sexual y salud reproductiva, a continuación, se resaltan algunas particularidades del contexto:

- La capital concentra una proporción basta y diversa de servicios de salud y entidades prestadoras de servicios de salud sexual y salud reproductiva. Distinto a los otros municipios examinados, la principal barrera identificada en los testimonios recogidos en Bogotá no fue la ausencia de entidades prestadoras sino el costo de los procedimientos y la limitada información sobre cómo acceder a ellos, estos elementos operan de manera sincrónica creando barreras económicas para la población en la capital y dejando en evidencia que se trata de un problema de desigualdad social. Sólo en el 2020, se estimó que 1 de cada 2 jóvenes vivía en un hogar en condición de pobreza, cifra que se agrava con los indicadores de empleo y educación afectados fuertemente durante el primer año de la pandemia (El Quindiano, 2021).
- Fue el único municipio en el que no emergieron testimonios sobre barreras de acceso al aborto asociadas a la falta de confidencialidad en las entidades. Se percibe que el tamaño de la ciudad y la densidad poblacional disuelven estas preocupaciones. En su lugar, fueron más prevalentes los testimonios relacionados con la dilatación y tiempos de espera de autorización de los procedimientos.
- La brecha digital y la tenencia de equipos móviles para la conexión a internet no fue tan marcada en los testimonios en el municipio. Actores y personas entrevistadas afirmaron que no se traduciría en una barrera tan presente para personas en la capital, sin embargo, sí se mencionó que hay unas limitaciones relacionadas con situaciones de empobrecimiento que afectan específicamente a personas con experiencias de vida trans y no binarias:

“pero es una realidad [...], no todas las personas tienen esa tranquilidad de decir “yo quiero un aborto seguro en casa”, porque no tienen casa y es algo que no se va a solucionar aquí, pero que si hay que reconocerlo allí, o sea como que el hogar o la casa y tanto como para las mujeres, como para las personas trans también desde otra experiencia, no necesariamente es un lugar seguro ¿no? entonces aparecen otros lugares donde la gente termina practicándose el aborto [farmacológico], en casa es de amigos, en otros escenarios, cómo activar las redes, pero pues hay gente que definitivamente no tiene donde. Eso pasa y eso también para nosotres ha sido pues pensar cómo acompañar desde nuestras posibilidades”. (Actor local 1 en Bogotá, comunicación personal, 30 de marzo de 2022)

Cúcuta, Norte de Santander

Es la capital del Departamento Norte de Santander al noroccidente del país cerca de la frontera con Venezuela. Cuenta con un total estimado

de 776.106 habitantes de los cuales 51% son mujeres (405.595) y 25% son hombres según los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del DANE en el 2018. Es la tercera ciudad del país con más presencia de migrantes venezolanos según el Ministerio de Relaciones Exteriores (2021) por lo que en su territorio se configuran encuentros marcados por dinámicas de intercambio y de multiculturalidad. Adicionalmente, debido a su cercanía con la Región del Catatumbo —una subregión rural marcada por dinámicas de conflicto armado y presencia de actores del narcotráfico— el municipio es escenario de varias tensiones relacionadas con el control territorial.

A pesar del importante potencial comercial del municipio, el 45% de la población vive en la pobreza, el 10% vive en condiciones de pobreza extrema y el 72% de la actividad principal de la población está relacionada con el empleo informal (La República, 2021). Este contexto económico impide que la población en general, incluidos los migrantes indocumentados, acceda a una atención médica integral y oportuna. En la población migrante existen barreras, relacionadas con el aborto, específicas a su condición de ciudadanía (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres 2019). Por ejemplo, los hospitales condicionaban la atención a las personas venezolanas a permisos especiales de permanencia y no reconocían las denuncias de abuso sexual presentadas en Venezuela para acogerse a la protección de causales en la sentencia C-355 de 2006 (esto previo a la sentencia C-055 de 2022).

Algunos elementos que se destacan como particulares al contexto de aborto, salud sexual y salud reproductiva en el municipio son:

- Hay una oferta amplia de agencias humanitarias y de ONG acercando ofertas de servicios de salud a población migrante en los barrios y asentamientos. Esto busca reducir la brecha de acceso oportuno, pero no da abasto a los ojos de los actores locales que trabajan con esta población, sea por los pocos cupos de atención o la falta de agenda. A ello se suman retos logísticos de contacto con las personas beneficiarias de estas atenciones, debido a la baja tenencia de equipos móviles y de su limitado acceso a conexión de internet, así como la poca disponibilidad de tiempo que tienen destinado para la atención médica debido a las condiciones laborales inflexibles e informales:

“Pues sí, nos pasa como con las mujeres migrantes que vienen, por lo general tienen o una flechita o de pronto no tienen [dinero] para [pagar bolsas de] datos. O el teléfono, en los casos de [las] que son mayores, no es de ellas, es del esposo, o hay [sólo] un teléfono en la casa, hay muchas mujeres adultas que no tienen teléfono y se comunican por medio del teléfono del esposo [...], en estos casos la información es muy inconsistente, como que me llama hoy y yo busco la información y al día siguiente

se la doy, y me toca pendiente en la noche cuando ella me vuelva a llamar y así, obviamente pues es más demorado, pero es como que el medio que hay para hacerlo, o que la amiga tiene, o que la vecina tiene un teléfono, o una lideresa en ciertas zonas, entonces se comunica por medio del teléfono que le prestaron" (Actor local 1 en Cúcuta, comunicación personal, 4 de abril de 2022)

Los actores locales describen que el acceso a pastillas abortivas en el municipio por vías clandestinas no es complicado, por lo que la alternativa de espera en el sistema formal de salud en prestadores públicos o privados es contrarrestada con opciones más inmediatas y logísticamente más accesibles como las farmacias en los barrios o proveedores locales contactados por internet, esto configura un potencial elemento de peligro para el aborto en el municipio:

"Pues van a droguerías, porque es que la verdad no es tan difícil conseguir una pastilla, pues las pastillas, van a una droguería y se las venden, o sea, les venden como dosis, pues sé que las dosis incorrectas, porque muchas de esas chicas no se han hecho una prueba, sino que tienen como un cálculo mal hecho de cuantas semanas puede que tenga, entonces basadas en ese cálculo mal hecho les venden las pastillas, les dicen que se las, más que todo se las mandan vía vaginal, y eso, como que pues la facilidad que hay para conseguir los medicamentos de forma insegura es como, a pesar de que se supone que no se puede, que legalmente no se debería, es muy fácil conseguir las" (Actor local 1 en Cúcuta, comunicación personal, 4 de abril de 2022).

Soledad, Atlántico

Soledad es un municipio del departamento colombiano del Atlántico que forma parte del área metropolitana de Barranquilla. Ocupa el octavo lugar en cuanto a población en Colombia y el tercero en la región Caribe, después de Barranquilla y Cartagena de Indias. Posee un total de habitantes calculado en 683.486 de los cuales el 51% son mujeres y 48% hombres según el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2018. Destaca por ser uno de los municipios con mayor crecimiento poblacional en Colombia, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015), la tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 49 años es de 2.5, mientras que a nivel país esta tasa es de 2.0 (ENDS, 2015) esto contrasta con las composiciones de hogares, el 14% está conformado por seis personas o más.

Una de las principales preocupaciones descritas por las personas en situación de aborto y actores acompañantes en el municipio tiene que ver con la

poca confidencialidad de los procedimientos relacionados con salud sexual y salud reproductiva, con un énfasis especial en aborto. A nivel general se sostiene una narrativa de hipervigilancia de los cuerpos de las personas asignadas mujeres al nacer y de su sexualidad que enmarcan el estigma y el juzgamiento de acciones de autodeterminación como lo son la toma de anticonceptivos, el aborto, y procedimientos de esterilización como acciones socialmente sancionadas que quedan en la memoria colectiva de la comunidad. Esto parece operar como un dispositivo de control de la sexualidad, que, lejos de prevenir el embarazo no deseado, parece estar más relacionado con las dinámicas asimétricas de poder entre los géneros.

“Entonces es como yo sé que sí tú vas aquí a hacerte un aborto [aquí en Soledad], primero se entera absolutamente todo el personal que está, como que primero se entera todo el personal en el puesto de salud, te miran horrible, te tachan, no te acompañan, yo sé que es así, tengo... mi cuñada es médica aquí en Soledad, entonces como ella me cuenta, todo eso se vive como los puestos de salud las mujeres que van, incluso [me cuenta que] le preguntan 3.483 veces [a quienes acuden] “¿estás segura?” y [ellas responden] “sí, estoy segura ya vengo a practicar un aborto, ya estoy aquí es porque estoy segura”. Entonces es como se juzga mucho, creo que salgo como que no se tiene todavía conciencia de que eso es un derecho sobre todos.” (Mujer CIS 1 en Soledad, comunicación personal, 19 de abril de 2022)

Otras preocupaciones mencionadas de manera recurrente tienen que ver con los juzgamientos y posibles trabas intencionadas puestas por parte de funcionarios en el municipio y el temor a la estigmatización social, lo que reduce las intenciones de acceder a una ya limitada oferta de proveedores institucionales con tiempos de espera largos. Los grupos feministas de acompañamiento, en este sentido, se han apoyado en otros grupos como Las Parceras u otros prestadores de servicios de aborto para agilizar las atenciones, e incluso hacerlas por su cuenta.

Mitú, Vaupés

Mitú, es la capital del departamento del Vaupés, está situado a la ribera del Río Vaupés, se encuentra rodeado de caños de aguas dulces y de la selva amazónica. Según el DANE cuenta con una población de 29.850 personas según el Censo del 2018, de los cuales el 48% son mujeres y el 52% son hombres. Del total de habitantes, el 55% se autoreconoce en uno de los 18 grupos indígenas del municipio, el 2% Afro y el 0,01% ROM. Según el DNP solo el 19% de su población tienen acceso a servicios de salud, y las personas que se encuentran en situación de pobreza es el 76% (DANE, 2018).

El municipio fue el escenario de una violenta toma guerrillera el 1 de noviembre de 1998 a manos de las FARC; como producto de este hecho, fallecieron 61 personas, de ellas 11 eran civiles.

Hoy por hoy, la Defensoría del Pueblo tiene razones para pensar que hay una reactivación del conflicto en esta zona y especialmente relacionado con la presencia de actores del narcotráfico que están utilizando a jóvenes y niños para el transporte de cultivos ilícitos. Según el último reporte "Desde noviembre de 2021, grupos armados no estatales (GANE) presentes en las rutas fluviales que conectan al departamento de Vaupés son responsables de al menos seis casos y dos intentos de reclutamiento forzado de menores, y de un (1) caso de suicidio para evitar el reclutamiento en los municipios de Mitú y Carurú. Las familias afectadas temen retaliaciones de los GANE, por ello sólo uno de estos casos ha sido declarado ante las instituciones correspondientes. Adicionalmente, se han identificado casos de uso de menores en actividades relacionadas con transporte cultivos declarados de uso ilícito" (Defensoría del Pueblo regional Vaupés y Consejo Noruego para Refugiados, 2022).

En contraste con los otros municipios explorados, Mitú se encuentra aislado geográfica e infraestructuralmente del resto del país. La entrada de personas y mercancías sólo es posible vía el río o por el aeropuerto lo que dificulta el tránsito y el intercambio cultural con pueblos vecinos.

El municipio cuenta con altos índices de violencia de género de acuerdo con los últimos datos disponibles en el Observatorio de Género en el 2020, se presentaron 44 casos de violencia sexual y 76 casos de violencia intrafamiliar (Observatorio Colombiano de las Mujeres, 2018). Se suma a esto un panorama alarmante sobre suicidios que aumentaron significativamente en la última década y que alcanzan su punto más alto entre 2020 y 2021, con un registro de 26 personas que fallecen en el 2016 y el 2021. En el periodo 2010-2019 en Colombia, la tasa de suicidio por 100.000 habitantes osciló entre 4 y 5,7 en toda la población, mientras que, entre las niñas, niños, adolescentes y jóvenes, entre los 5 y 19 años, rondó entre 2,6 y 3,5 (ICBF, 2020). Se suma que en los testimonios se habla de un dato atípico por confirmar sobre la proporción superior de mujeres y niñas que cometen suicidio en comparación con los hombres.

A continuación, se enuncian algunas de las particularidades del municipio en materia del contexto sociocultural, narrativas de aborto, salud sexual y salud reproductiva:

- El Hospital Departamental San Antonio de Mitú es el único actor proveedor de servicios e información sobre salud sexual y salud reproductiva

reconocido por las personas y organizaciones entrevistadas. Una de las enfermeras del hospital entrevistada explica las implicaciones de este hecho:

"La otra parte, es en cuanto a la red de prestación de servicios, que acá es muy precaria, o sea, en las zonas rurales es muy precaria, los únicos puestos, el único hospital que hay acá es la ESE Hospital San Antonio de Mitú, que tiene dos centros de salud, que es Carurú y Taraira, ahí es las únicas partes donde se presta atención, ya más allá de la atención primaria en salud, que se atienden partos, que se colocan los implantes y demás. En la zona rural, hay unidades básicas de atención, pero esas unidades básicas de atención, pues el niño va porque tenga diarrea, cosas muy, muy básicas, y no hay permanencia de personal constante, no siempre hay las herramientas, más que todo la zona rural se impacta para, en la parte de salud sexual y reproductiva para garantizar la prestación de los servicios, es cuando, desafortunadamente, salen los contratos de fortalecimiento, que son convenios que hace el departamento con el hospital, entonces esos contratos de fortalecimiento se hacen cada año, contratan un personal, que va a zona, enfermeros y hacen recorridos, y a colocar, pues todo el tema de los implantes y eso. Pero, hasta que eso, ese proceso no se surte de contratación, no hay permanencia de personal". (Mujer CIS 4 en Mitú, comunicación personal, 29 de abril de 2022)

De las 29.850 personas que componen el municipio sólo 9.358 (el 31%) viven en la cabecera municipal según el Censo del DANE del 2018. En esta área el acceso a internet es 11% y en la ruralidad es de 1% (DANE, 2018). Debido a que la señal de telecomunicaciones es débil en todo el municipio, pero especialmente frágil en la zona rural, las alternativas de comunicación con las comunidades rivereñas son altamente complejas, y la atención a la salud tiene experiencias fragmentadas. Esto quiere decir que puede haber un panorama de alto subregistro de prácticas de aborto en el municipio debido a las barreras interculturales con los grupos indígenas y sus concepciones sobre la reproducción y la anticoncepción (estas serán abordadas en secciones posteriores con más detalles). También se explican por la falta de personal médico reportando los casos.

"el acceso de las comunidades, a veces a los puestos de salud, cuando hay profesionales para colocarles implantes y todo lo de las inyecciones, es difícil, porque no es como otras partes, que tú agarras un transporte, un taxi o un bus, te lleva. Acá no, acá las personas viven, a veces en lugares que son 2, 3 horas caminando, entonces, y aparte de eso, la gasolina, que acá es muy costosa [...] imagínese esas personas de las comunidades, que no tienen una economía estable, que ellos prácticamente todo

lo que cultivan es para su autoconsumo, sacar, o sea, esa plata para comprar gasolina, ir a colocarse el implante, o sea, se convierte algo súper difícil, y que ya, cuando van a dejar ellos de agarrar esa plata, si la tienen, para de pronto, abastecerse de cosas para comer, que para colocarse un implante. [...] Hay un sistema de fonía [radiofonía], que es como un sistema satelital, pero no está en todas las comunidades, están en unos puntos específicos y las personas [del personal de salud] que están ahí, tratan de recoger la mayor información de las comunidades aledañas y notificarlos. [...] no es una información que nosotros podamos saber, a ciencia cierta, la cantidad que, de abortos que ocurren en comunidades, porque la información llega muy poca y no llega a tiempo, o sea, yo puedo ir ahora a comunidad y darme cuenta de muertes fetales o de abortos que ocurrieron el año pasado, porque desde el año pasado, en diciembre [2021], que había personal de salud allá, no ha habido" (Mujer CIS 4 en Mitú, comunicación personal, 29 de abril de 2022)

- Paralelo a las prácticas de salud en las entidades médicas municipales, la población indígena conserva prácticas de medicina ancestral con payes (médicos tradicionales) y utilizan tratamientos a base de plantas medicinales y prácticas espirituales propias para el cuidado y protección del cuerpo, así como para el manejo de la reproducción. No se cuenta con testimonios de personas indígenas sobre estas prácticas, como aproximación se utilizarán las entrevistas de actores locales consultados:

"Bueno, ese es otro tema como complejo en las comunidades, porque se sabe que por lo general los indígenas, pues de métodos de planificar, pues no usan mucho, ellos dicen que se cuidan a través de sus rezos, algunos dicen que, pues para ellos es mucho mejor, pues como tener más hijos, tener más reproducción, porque habría muchos más que ayuden a la familia para el cultivo y todo eso en la tierra. [...] Ellos, primero que todo, por lo menos, conozco el caso de una señora ya tenía sus cuatro hijos y bueno, no quería tener más hijos, se mandó a rezar, y quedó en embarazo nuevamente, entonces son creencias que, pues no están ayudando mucho, porque digamos, si ella tenía 45 años, no quería tener más hijos y en vez de asistir, y es de acá, de la zona urbana, en vez de asistir al centro médico, a acceder a un método de planificación y eso, acude es a un Payé para que le haga un rezo y se da cuenta que en realidad no le sirvió de nada, pues entonces es complejo. Pues sí, existen las hierbitas que sirven para ocasionar los abortos y eso, y pues ellos las usan, entonces, tienen sus rezos también para ayudar a que sean más fértiles y eso, cuando tienen los bebés, también ellos los hacen rezar para que no les entre ninguna maldad, como dicen ellos, y cuando están en embarazo también se hacen rezar, ellos todo es mediante rezos." (Actor local 1 persona 1 en Mitú, comunicación personal, 26 de abril de 2022)

4. Narrativas de salud en personas jóvenes: intersecciones entre salud sexual, salud reproductiva y salud mental

Entender las necesidades de adaptación de una plataforma que incluya un modelo de autocuidado del aborto, parte de enmarcar los diseños, procesos e intervenciones en una comprensión integral de las representaciones sociales de la salud como derecho, servicio, y conjunto de cuidados que garantizan el bienestar de los cuerpos. Es en este entramado que el aborto encuentra sentido en su dimensión más pragmática, y donde se pueden visibilizar muchas de las barreras que se configuran para acceder a los procedimientos por vías institucionales, que no sólo están relacionadas con la estigmatización de la interrupción del embarazo sino a cómo se atiende, qué otros elementos de cuidado de la salud articulan, y qué información se entrega al respecto.

En su dimensión de jurídica, en Colombia la salud es simultáneamente un derecho fundamental constitucional y un servicio vigilado por el Estado. Pese a esto, son sistemáticas y continuas las vulneraciones que se dan en la prestación de servicios por parte de entidades públicas y privadas (Hilarión-Gaitán, L., Díaz-Jiménez, D., Cotes-Cantillo, K., & Castañeda-Orjuela, C., 2019). A menudo, es gracias a su naturaleza de derecho, que a través de demandas y tutelas que se puede buscar efectivamente su protección y garantía en condiciones dignas. En este panorama, las entrevistas realizadas evidenciaron que existe una profunda desconfianza en el sistema de salud principalmente explicada por las experiencias de espera y dilatación de procedimientos, altos costos asociados a la atención médica especializada (especialmente en contextos donde es urgente), falta de aseguramiento de salud (especialmente para personas en contextos rurales, personas trans y no binarias, y personas migrantes), desconocimiento de la identidad de género de personas no binarias y trans en los procedimientos, falta de cuidados humanizados y cálidos, percepciones de patologización y sobremedicalización de los cuerpos (esto cobra especial relevancia en salud sexual y salud reproductiva), experiencias de coerción y violencia en escenarios médicos, y finalmente el lenguaje hiper-tecnificado en información sobre diagnósticos y tratamientos asociados (este elemento será especialmente relevante en las formas en las que las personas se acercan —o no— a salud sexual y salud reproductiva).

“Creo que, que también el sistema medico es como muy violento, es como que te van a hacer cosas y tu estas muy nerviosa y no sabes cómo preguntarlo y ya. “Quítese, desvístase, súbbase”, ¿ya?, o sea es como [...] que también el trato... y bueno, y si uno está en medio de un proceso del que tiene poca información, del que piensa que cuando uno va allá y le están

haciendo como un favor de alguna forma, porque a veces esa es la actitud de los médicos, entonces, es como que uno siente que no merece suficiente cuidado y entonces no es el cuidado solamente médico en términos profesionales sino en término humano" (Actor local 1 en Popayán, comunicación personal, 22 de marzo de 2022)

A estas nociones, se suma también una idea prevalente a lo largo de las entrevistas sobre cómo el sistema de salud fragmenta la idea de cuerpo, abordando lo que le sucede en distintas dimensiones de atención que —a ojos de las personas entrevistadas— no terminan de comunicarse entre sí. Esto se percibe como la causa de interpretaciones descontextualizadas de las necesidades de las personas y no son del todo compatibles con las experiencias integrales, encadenadas y simultáneas de salud que las personas jóvenes comentaron en sus testimonios. Particularmente, las entrevistas revelaron que hay una noción de profundo interrelacionamiento y correspondencia entre la salud sexual, la salud reproductiva y la salud mental, que se hace especialmente evidente en la atención y acompañamiento de abortos, probablemente (pero no exclusivamente) derivado de que en la sentencia C-355 del 2006 una de las tres causales aceptadas para prácticas de aborto en instituciones médicas estaba relacionada con la causal de riesgo en salud mental o física de la persona gestante:

"Eso por lo menos, para mí, eso era una duda muy grande que tenía y que busqué en el proceso, el acompañamiento psicológico, yo siento que es algo fundamental, porque yo siempre lo digo y abiertamente, o sea yo nunca me arrepiento, jamás me arrepiento de mi decisión, pero entonces tal vez, a la hora de hablar y no callarlo, y cómo no sentirse culpable, ni siquiera por el hecho, sino de ocultar, por lo menos yo, eso es algo que me pesaba a mí, como que yo me llevo bien con mi hermana y yo nunca le he contado a mi hermana, entonces es el peso de uno decir como que no hay nada malo, o sea, no es algo del otro mundo, como que no tienes por qué callarlo, no tienes porque como sentirte, como que eres ilegal o que estás haciendo algo ilegal, o que estás haciendo algo indebido, es como de que sea más naturalizado, más, sin tanto tabú, siento que puede ser como ese acompañamiento, tal vez." (Actor local 4 en Cúcuta, comunicación personal, 7 de abril de 2022)

"pienso que el Estado debería hacer, tener esas garantías, o por lo menos, todo el tema de trabajo con la salud y la salud mental, la salud mental es fundamental para este proceso, o sea, así sea la mujer de 7, 8 semanas, o sea, el hecho de que está embarazada, eso le genera una expectativa de, no sé, de todo" (Actor local 7 en Cúcuta, comunicación personal, 7 de abril de 2022)

“Pero además de esto con las transmasculinidades hay una necesidad, es un seguimiento de salud mental que no se hace, nosotros [el colectivo] lo hacemos, pero sabemos que no somos los únicos que acompañamos y muchos [hombres trans] ponen a un lado su identidad para acceder a un aborto y es muy fuerte” (Actor local 1 en Bogotá, comunicación personal, 30 de marzo de 2022)

Estos testimonios dan indicio de un llamado de parte de la población usuaria a pensar el diseño de servicios de salud sexual y reproductiva de manera integral y exhaustiva. Esta recomendación se debe articular a la interpretación cuidadosa sobre el llamado a una perspectiva integral y holística de la salud y el cuerpo, especialmente en la arena que concierne a las atenciones específicas que relacionan la salud sexual y la salud reproductiva con la salud mental. En materia de aborto, la relación entre afectaciones de la salud mental después de los procedimientos ha sido estudiada de manera exhaustiva a nivel global en los últimos 50 años a través numerosos estudios clínicos y transversales a otras disciplinas. Los resultados de estas investigaciones no han arrojado resultados conclusivos sobre una relación causal entre el aborto y la afectación negativa de la salud mental debido a reconocidas limitaciones metodológicas y éticas, así como las dificultades que existen para evaluar la multidimensionalidad subjetiva de la autonomía reproductiva de las personas en contextos de aborto (Wiebe, Littman, & Kaczorowski, 2015) (Reardon, 2018) (Rocca, Samari, Foster, Gould, & Kimport, 2019). Al contrario, los estudios han empezado a arrojar evidencia sobre como factores como el estigma cultural, la posibilidad de ser víctima de persecución jurídica y actos de criminalización, y el limitado aseguramiento de la salud los que sí muestran una relación directa entre con debilitamiento de la salud mental en la experiencia de aborto (Biggs, Brown, & Greene Foster, 2020) (Biggs, Kaller, & Ralph, 2020).

De manera similar, especialmente en lo que concierne a los tránsitos de personas con experiencia de vida trans enmarcadas en salud sexual y salud reproductiva, la salud mental ha sido una arena histórica de disputa en la que predominaba la patologización de identidades y expresiones de género que difieren de las asignadas socialmente al nacer. Este modelo médico (aún predominante a nivel global) ha sido progresivamente refutado gracias a documentos estratégicos⁷ en el marco de los derechos humanos,

7. Se mencionan algunos documentos como los Principios de Yogyakarta (2010), Los Principios de Yogyakarta Plus (2018), las recomendaciones y resoluciones del Concilio de Europa y las Nacionales Unidas emitidos entre el 2011 y el 2018 sobre prácticas discriminatorias en contra de personas trans en Europa en relación con sus derechos humanos, identidad de género y orientación sexual.

pues utiliza conceptualizaciones discriminatorias, prácticas clínicas que no aprueban los estándares éticos, sesgos etnocentristas, y excluye los conocimientos académicos producidos por personas con experiencias de vidas trans que han abordado estas preocupaciones (Suess, 2020).

Con estas consideraciones, el llamado es a generar procesos integrales de la atención que incluyan una dimensión de cuidado de la salud mental, no porque esta se encuentre en riesgo directo por las decisiones reproductivas de las personas, sino porque su atención representa una oportunidad para acercar prácticas de cuidado, escucha y atención digna que pueden hacer contrapeso a las afectaciones producidas por los contextos de riesgo en los que viven las personas.

4.1. ¿Dónde está la información de salud sexual y salud reproductiva?

Una de las preguntas centrales en la investigación indagó por las fuentes de información sobre salud sexual y salud reproductiva con las que interactúan las personas jóvenes, las características de confiabilidad de estas referencias, y las percepciones sobre accesibilidad a esta información que podría impactar el diseño de la solución digital pensada.

Los resultados de la encuesta aplicada indican que las personas jóvenes tienen una predisposición a hacer uso del internet (66.9%) y confiar en sus lazos de amistad para encontrar información relacionada con salud sexual y salud reproductiva o tomar decisiones frente a sexualidad (34%), situación que debido a la pandemia ha venido representando una práctica para atender las necesidades en salud sexual y reproductiva (The PMNCH, WHO, PAHO WHO y Asociación Profamilia, 2020). Sin embargo, no descartan



La barrera de lenguaje tecnificado para hablar de salud sexual y salud reproductiva fue mencionada como una oportunidad para transformar las maneras en las que se entrega información en estos temas.

la priorización de los proveedores de salud —clínicas, hospitales o centros médicos— como principales agentes del conocimiento (56,8%). Para los jóvenes en todos los grupos de edad y en todos los niveles de ingreso, el uso de internet continúa siendo la fuente principal de consulta en temas de salud sexual y reproductiva, sin embargo, la brecha de priorización de los prestadores como fuentes primarias de información frente a los lazos de amistad inicia a ampliarse entre las personas de 25 a 28 años. Por otra parte, se evidencia que una tendencia creciente en el nivel de confianza en el sistema para obtener información a medida que el nivel de ingresos se eleva.

Tabla 2. Fuentes de consulta para sobre temas relacionados con salud sexual y salud reproductiva en las personas que contestaron la encuesta

Fuentes consultadas	Grupos de edad			Ingreso mensual aproximado					Total
	13-19	20-24	25-28	No tiene ingresos	0 - \$500.000	\$500.001 - \$1.000.000	\$1.000.001 - 2.000.000	\$2.000.001 o más	
Preocupación SSR									
Consultar en un motor de búsqueda de Internet	68,2	68,0	64,0	70,7	65,8	63,3	64,9	67,6	66,9
Pedir cita médica en una clínica, hospital, centro médico	45,6	57,5	64,7	49,7	55,6	59,3	63,8	61,1	56,8
Preguntar a amigos, amigas, amigos	41,2	35,0	28,1	38,6	36,6	28,4	30,6	33,4	34,4
Ir a una clínica de Profamilia	30,8	33,4	35,2	29,2	32,3	32,6	36,9	39,5	33,3
Pedir una cita médica en una clínica privada (particular)	10,8	15,3	22,3	11,6	12,5	16,2	18,5	29,6	16,3
Consultar en redes sociales	20,7	12,6	7,4	17,4	14,3	10,4	9,3	9,3	13,0
Preguntar a familiares	17,1	12,1	10,4	15,7	13,5	13,2	10,4	8,4	12,8
Ir a donde un farmacéutico	8,8	9,9	9,4	8,6	11,9	12,9	8,0	4,9	9,5
Ir a donde médico tradicional	4,7	9,7	12,6	7,0	8,6	12,0	10,9	10,5	9,4
Ir al hospital de inmediato	6,9	8,8	10,6	8,6	7,8	10,8	10,2	7,8	8,9
Ponerse en contacto con una organización de base comunitaria	4,9	3,3	2,0	3,8	4,3	2,4	2,6	2,1	3,3
Asesoramiento de un grupo de WhatsApp del que formo parte	3,1	1,8	2,3	1,9	3,0	2,4	1,8	1,8	2,3
Otra	1,0	0,9	0,8	0,8	0,7	1,1	0,8	1,2	0,9
Total casos	1.368	2.661	1.704	1.564	1.488	873	987	821	5.733

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recolectados en la encuesta virtual.

Estos resultados relacionan las interpretaciones narrativas que enunciaron los actores y personas entrevistadas, a continuación, se enuncian algunos de los principales hallazgos:

- Actores y personas entrevistadas perciben que la información sobre sexualidad, reproducción, salud y derechos no se encuentra en un solo lugar y la más prevalente a nivel social suele reforzar estereotipos de género que buscan naturalizar destinos biológicos reproductivos de los cuerpos. Las entrevistas y encuestas revelaron que la suma de conocimientos relacionados se ha dado por una mezcla de interacciones con miembros familiares durante la crianza, amistades en el colegio y/o en la universidad, experiencias propias, páginas y blogs de internet, redes sociales, y en algunos casos representaciones culturales en medios de comunicación (entre los que se destacaron canales de noticias, las películas, documentales, y la pornografía como algunos de los canales más significativos). Este hecho en sí mismo se ha identificado como una barrera de acceso al aborto y otros derechos reproductivos, pues permite la circulación de información poco precisa, no verificada, y que se disemina rápidamente.

Se destaca que para las personas entrevistadas con identidades de género y sexualidad no hegemónicas hay un rol especialmente central de las redes sociales y los foros de internet como mecanismos para la exploración y la construcción de identidad y comunidad, al permitir el acceso a información sobre otras miradas a las identidades no hegemónicas.

“Había mucho tabú alrededor de los cuerpos también ¿no?, entonces las personas adultas nunca te decían qué hacer con tu sexualidad, ni te instruían, ni nunca nada al respecto y las personas jóvenes pues... [orientándose] unas con otras, no había mucho que decir ahí, había [...] mucha presión social por iniciar la vida sexual en mi adolescencia, muchísima [...]. Yo empecé a tener acceso a internet tal vez hacia los 17-18 años, pues acceso en mi casa no, como que [no] podía sentarme en un computador en mi hogar y no, [yo] tenía que dejar el historial en el café internet. Entonces a partir de todo eso encontré obviamente un montón de cosas [por ejemplo] que siempre las personas bisexuales solo eran confundidas, no sé qué, un montón de información falsa, pero también en algún momento di con un grupo de activistas bisexuales y en este momento... o sea, es que fui de buenas, en ese momento estaban hablando de una campaña en internet en Tumblr de que las mujeres bisexuales sí pueden ser madres porque también sostienen relaciones sexuales con hombres, dije: “ok, voy a informarme sobre la bisexualidad y la maternidad”, y terminé entrando [de hondo al tema] [...] sobre mi experiencia personal como una niña pobre, o sea, cero, entonces para mí fue claro cuando mis amigas empezaban a hablar de sus relaciones sexuales, cuando

tenían la confianza para hacerlo, entonces yo ya empezaba como a detectar como "Oye, pilas que eso no es tan así" o "pilas que es que también no solo es que él tiene que venirse afuera, hay otras posibilidades de quedar en embarazo sin que se haya venido". (Hombre trans 1 en Bogotá, comunicación personal, 28 de marzo de 2022)

- Las instituciones de salud públicas y privadas prestadoras de servicios de salud sexual y salud reproductiva son leídas como entidades que tienen la capacidad para entregar la información veraz y confiable (esta idea es especialmente fuerte en municipios pequeños y rurales), pero que interponen barreras de costo, lenguaje hiper-tecnificado, y falta de enfoques diferenciales para población joven, rural, migrante, y/o con identidades disidentes. Particularmente la barrera de "lenguaje" fue frecuentemente mencionada y planteada como una oportunidad para la solución digital de transformar las maneras en las que se entrega información:

"porque ellos hablan muy técnico, o sea, de pronto a veces se pierden en los tecnicismos y quedan las comunidades como que así, como mirándolos, como que [sí] y asienten con la cabeza, no sabiendo nada, porque pues les da vergüenza, de "uy no, debe pensar que yo soy bruto", y no es que sea bruto, es que no les están hablando el mismo lenguaje y cualquier persona que no me hable en mí mismo lenguaje, obviamente no lo voy a entender, porque usted llega acá hablándome en inglés y yo no sé hablar inglés, cómo lo voy a entender" (Mujer CIS 1 en Cúcuta, comunicación personal, 4 de abril de 2022)

"porque también el lenguaje médico es un lenguaje blanco, privilegiado, hegemónico, que nadie entiende [...] siento que me tengo que tomar esa pepa pero no entendí nada, entonces buscar que sea un lenguaje simple sencillo y ya que si se puede poner como redireccionar a la persona a textos, documentos, videos otras alternativas no solamente textos porque hay gente que maneja el celular pero de pronto no lee muy bien, o de pronto que tiene una discapacidad visual, entonces como tener otras opciones en la App para que se ajuste a personas como con diversidades funcionales y también con diversidades en acceso a la educación" (Actor local 1 en Bogotá, comunicación personal, 30 de marzo de 2022)

- Los testimonios afirman que el vacío en educación sexual en los colegios está fuertemente relacionado con los bajos niveles de apropiación sobre derechos y salud sexual y reproductiva.

"Pues, de hecho, pues yo ya venía de estudiar de Villavicencio y pues allá se habla, un tema normal, yo llegué acá y pues acá [Mitú], en los colegios no dan como, como esa orientación y pues a mi mamá le daba como

pena, mi papá tampoco tocaba ese tema conmigo, pero igual es algo que yo ya más o menos había visto, pues afuera. [...] Pues, si me hubiese gustado que tuvieran como una sensibilización ahí en el colegio, muy seguida, de hecho, creo yo, con eso mis compañeros y yo, pues si hubiéramos tenido como, hubiéramos perdido la pena como para hablar de esos temas, porque sé que en esos tiempos se tenían muchísimas preguntas, todavía" (Mujer CIS 1 en Mitú, comunicación personal, 25 de abril de 2022).

- Añaden que una de las pocas oportunidades en las que se pudieron dar este tipo de conversaciones en espacios escolares se dio con la visita de Profamilia o de la marca Nosotras a los colegios:

"No, en el colegio no [me hablaron de eso], cuando iban, [...] solamente cuando llevaban así eso las toallas de Nosotras, era que ponían [información], pero lo del periodo, pero de resto nada más, casi no." (Mujer CIS 2 en Popayán, comunicación personal, 24 de marzo de 2022)

"Pues yo creo que las instituciones educativas deberían ser un pilar en esta discusión, en los colegios debería brindarse pues espacios acordes y realistas de esta situación, creo que deberían haber no solo Profamilia, o Nosotras (porque Nosotras también hace estas campañas) deberían ser los encargados de llevar a los colegios, sino que los colegios realmente organicen en unas políticas unas campañas de salud sexual y reproductiva, y sobre todos, o sea, yo creo que cuando uno tiene 28, pues ya, no sé, ya tiene visión sobre muchísimas cosas, pero cuando tú eres adolescente no, cuando eres adolescente estas en lo que dice tu colegio, en lo que dice tu familia, porque no tienes como que... pues si como a las instituciones a las que perteneces en ese momento." (Mujer CIS 1 en Soledad, comunicación personal, 19 de abril de 2022)

- En los municipios con antecedentes de alta presencia de organizaciones comunitarias, grupos feministas, y colectivos sucede que estos se empiezan a posicionar en los testimonios como intermediarios de información especializada y aterrizada a rutas de atención por vías legales que apoyan la exigibilidad de los derechos. También en sus apuestas por visibilizar causas feministas, han permitido promover la normalización de conversaciones sobre educación sexual y en las que se construyen discusiones más profundas sobre derechos y vías de incidencia colectiva.

"una de nuestras apuestas en temas como de salud o de bienestar, es reconocer que lo seguro no necesariamente se da dentro de las instituciones de salud, que el que sea un escenario seguro no necesariamente tiene que hablar de lo legal o de lo institucional, si no que nosotros lo entendemos desde este lugar de acompañamiento, de sororidad

trans, de hermandad y de que el acompañamiento este atravesado por experiencias cercanas de vida." (Actor local 1 en Bogotá, comunicación personal, 30 de marzo de 2022)

"siento que se ha normalizado mucho en los espacios de mujeres hablar de... no sé, de cosas que pasan en el sexo, o [por ejemplo que] todas tuvieron infección vaginal, o todas algo nos ha pasado con el período alguna vez, o incluso hasta cosas muy estéticas sobre la depilación y por qué algunas prefieren depilarse y otras compañeras prefieren no hacerlo. Yo siento que eso ha cambiado mucho, hay cosas que ya no me da pena preguntar y cosas que ya no me da pena decir sin que me las pregunten, como estar con amigas y decir como: "¡uich! me llegó el periodo y ha sido una gonorrea porque tengo mucho flujo de sangre", antes me parecía súper bochornoso, o sea, a mí me enseñaron que cuando tenía el período estaba enferma, porque las mujeres decían: "estas enfermita esta semana", y como pues sí, o sea, así aprendí, entonces siento que eso ha cambiado mucho, siento que conforme pasan los años también las conversaciones sobre el sexo se vuelven mucho más tranquilas, sobre todo cuando es entre pares en mi caso y eso. Tuve el año pasado fui a ginecología por segunda vez en mi vida. Años de feminismo no me prepararon para el momento en que me abrí de piernas con la ginecóloga." (Mujer CIS 3 en Bogotá, comunicación personal, 29 de marzo de 2022)

4.2. Enfoques diferenciales y transformaciones urgentes: identidades disidentes e interculturalidad en servicios de salud sexual y salud reproductiva

Uno de los hechos más alarmantes que revelan los datos de testimonios y encuestas recolectadas en la investigación tiene que ver con la marcada brecha de acceso a salud sexual y salud reproductiva de calidad para poblaciones cuyas identidades son leídas por fuera de las normativas raciales y de género. Estos obstáculos fueron asociados muy fuertemente con las prácticas de aborto clandestinas, que no siempre son necesariamente les eran sinónimas de acciones inseguras, y que por el contrario eran consideradas como rutas alternativas que cobran sentido al reconocer que se recurre a ellas al no encontrar sistemas de atención, cuidado y apoyos adecuados a sus necesidades y contextos. En los siguientes apartados se abordarán de manera separada los dilemas de interculturalidad y de enfoque diferencial a identidades disidentes, pero con ello no se implica la inexistencia o invisibilidad de las vivencias de personas racializadas con identidades de género no normativas, por el contrario, se resalta que son justo esas experiencias las que son marcadas por dobles discriminaciones.

Las personas con experiencia de vida trans cotidianamente enfrentan barreras en servicios de salud, entre las que se incluyen: "la falta de cobertura por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); la negación de la atención —donde enfrentan diversas formas de violencia, estigma y discriminación—; hasta el diseño e implementación de planes, políticas, programas, presupuestos y modelos de atención en salud sin consultas previas, o al menos investigación que genere evidencia sobre sus necesidades, expectativas y desenlaces con el sistema de salud. Estas profundas barreras tienen efectos negativos en la vida y la salud de las personas trans, quienes con frecuencia se ven obligadas a realizar sus tránsitos de manera "artesanal", es decir, sin el acompañamiento de un profesional de salud o sin acceso a información de calidad, aumentando los riesgos y exponiéndolas a una extrema vulnerabilidad" (Profamilia, 2019) En uno de los testimonios de un hombre con experiencia de vida transmasculina, afirma:

"Bueno en realidad para mí ha sido bastante agotador en cuanto a mi tratamiento, que yo estoy en tratamiento de reemplazo hormonal por lo que para mí fue caótico, la verdad porque estaba iniciando, [y] se metió pandemia. No me querían atender pues, obviamente se entendía por lo que era el protocolo de seguridad, lo que no era importante o COVID pues no lo estaban haciendo, sin embargo, para mí era lo más importante yo no tengo ningún problema de salud, pero pues es importante para mí que me hagan revisiones cada cierto tiempo con el endocrino. Entonces eso dificultó [...]. Pues sí, por el hecho de hormonarte y porque la mayoría de las personas trans no tienen acceso o el sistema de salud les dilata tanto los procesos que las personas se aburren. Yo también me aburrí e inicié sin autorización médica, es decir, yo compré la hormona y lo hice por recomendación de un amigo, lo cual no estuvo bien. Sin embargo, él me dijo que si lo hacía de esta manera pues iba a activar las rutas más rápido porque es algo prioritario. Si yo estoy en tratamiento de reemplazo hormonal por mi cuenta es prioritario que ellos me atiendan para revisar como está mi sistema por dentro, como estoy funcionando. [...] Bueno, otra cosa también es que yo inicié con un colectivo que en ese entonces solamente era una red de apoyo, entonces, ahí en ese grupo eran como cuatro personas nada más y una de esas [personas] [...] tenía como 5 años en hormonas, [...] y ya está operado y todo, entonces él era como nuestra única fuente de saber, como qué era lo que se tenía que hacer, cómo se movía todo, como [me decía] "Mira tú tienes que hacer esto, ve a la consulta, súper... o sea, ve serio, vístete de esta forma, responde de esta forma", porque incluso responder mal hace que los doctores no nos atiendan de la manera idónea, es decir, yo cuando fui a la primera vez con el médico internista [...] lo que hizo fue decirme "no es que eso no se hace" [...] y si [...] X no me hubiera dicho, pues simplemente hasta ahí hubiera llegado mi proceso, sí." (Hombre trans 5 en Soledad, comunicación personal, 21 de abril de 2022)

Cabe mencionar que esta barrera en la atención no sólo se explica por los estigmas contra estas identidades, también se da por las condiciones de precarización y empobrecimiento a las que son empujadas las personas con identidades disidentes⁸ en el abandono de sus núcleos familiares y redes de apoyo, y el frecuente desempleo o informalidad. Uno de los colectivos entrevistados que realiza acompañamiento a abortos de personas con experiencias de vida trans en Bogotá hace énfasis en este argumento:

"O sea lo económico es como la principal barrera, hay como un factor que pues no nos deja de sorprender y es que por ejemplo cuando acompañamos a mujeres cis ya se han hecho la prueba la mayoría, como que [nos dicen] "yo estoy segura de que estoy en embarazo". Cuando nos llaman les chiques y los chicos [muchos] ni siquiera han podido hacerse la prueba porque no tienen el dinero y una prueba que cuesta \$10.000 o \$16.000 [...] es realmente es muy difícil. Muchos chicos ya tienen embarazos avanzados cuando se enteran, [...], pues ya porque obviamente se hace evidente que estas embarazado, y es como "¡ay juepucha estoy embarazado!" y eso es muy complejo también, como porque no es... o sea, hay muchas cosas que se pueden identificar en este tipo de casos y no es como: "quiso esperar o no se le dio la gana", o esas ideas todas tontas que tiene la gente sobre los embarazos avanzados, que realmente en su mayoría están atrasados es por una situación económica [o] de falta de acceso de información" (Actor local 1 en Bogotá, comunicación personal, 30 de marzo de 2022)

Finalmente, otra de las situaciones expuestas durante la investigación tiene que ver con las trabas burocráticas y los tiempos de espera en el sistema de salud que afectan desproporcionadamente a este grupo:

"la situación de las personas trans en el sistema de salud es muy precaria, muy precaria y eso incluye que nosotros no tenemos un seguimiento fijo. Si a nosotros nos dicen nos vemos en cuatro meses el endocrino, al día siguiente tienes que pedir la cita para ver si en cuatro meses hay. [Además,] los hombres trans que nos cambiamos el componente sexo en la cédula [...] no tenemos acceso a ginecología. [...] Ni obstetricia. Porque las EPS

-
8. A lo largo del informe se utilizarán los conceptos de "identidades disidentes" o "no hegemónicas" para hacer referencia a aquellas identidades que se enmarcan en manifestaciones no heteronormadas de sexualidad y género, es decir por fuera del marco heteronormativo-cis género y la matriz heterosexual (Rubino, 2018). Estos conceptos devienen del campo de *estudios queer* y emergen como una apuesta política de enunciación que hacen alusión a cómo estas identidades son "posiciones fuera o más allá de la norma" del binarismo de lo masculino/femenino.

dicen que ese es un servicio "para mujeres", porque como nosotros cambiamos el sexo en la cédula ya no somos mujeres para el Estado, ni para el servicio de salud." (Hombre trans 1 en Bogotá, comunicación personal, 28 de marzo de 2022)

Ante este panorama, el llamado al diseño de una solución digital es que no caiga en el reforzamiento de estas barreras:

"tiene que ser un entorno donde se cree la identidad de género de esa persona; tiene que ser una atención que no esté enfocada en la distinción sexo, es decir, sexo-género, es decir, que se asuma que eres mujer, tienes útero y estas son tus atenciones, porque yo puedo ser hombre pero tener útero y necesitar esas atenciones y como yo puse que era hombre, entonces me manda para otra línea de atención que no tiene nada que ver con lo que necesito y no tengo yo porque nombrarme lo que no soy para poder acceder a otro lado, ¿si me hago entender? O sea que si una usuaria mujer [dice que] necesita urología es porque es una usuaria mujer que necesita urología, independientemente de lo que tu cabeza creas que es una mujer, es una mujer que necesita urología y yo necesito ginecología. A nadie le interesa si yo soy hombre o mujer, lo que yo necesito, tengo una situación corporal que hace que yo necesite ginecología, ¿por qué tengo yo que diferenciarme por un sistema sexo-género para poder acceder o no a [...] salud? por ejemplo. (Hombre trans 1 en Bogotá, comunicación personal, 28 de marzo de 2022)

Con respecto a las necesidades y percepciones sobre salud sexual y salud reproductiva en población indígena, Rom, y afrocolombiana, esta investigación no busca proponer generalizaciones frente al tema pues son pocos los datos que pudieron ser recogidos en las entrevistas y encuestas, sin embargo, al ser una cuestión que emergió de manera recurrente en las entrevistas (especialmente en Popayán y Mitú) se identificaron preliminarmente algunas brechas de información, acceso, y provisión de servicios diferenciales. A continuación, se presenta un breve recuento de algunos de los indicios sobre las tensiones y oportunidades discutidas:

Colombia se autoreconoce como una nación multicultural y pluriétnica en la Constitución de 1991 y través de la adopción del convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre los pueblos indígenas en países independientes. En este marco, la autodeterminación sobre la salud, la reproducción y la sexualidad de las personas indígenas están amparadas en varios documentos vinculantes. Como grupos sociales, los pueblos indígenas, enfrentan varias problemáticas de desigualdad y seguridad relacionadas con el desplazamiento forzado, el conflicto armado, la inseguridad alimentaria, el empobrecimiento, y la desatención estatal que han

derivado en la desaparición de algunas etnias y el declive de indicadores de bienestar. En el 2009 la Corte Constitucional ordenó al Estado a través del Auto A004 que tomara medidas para la protección de los grupos étnicos en riesgo de "ser exterminados cultural o físicamente" (Corte Constitucional Colombiana, 2009). Asociado a esto, algunos grupos indígenas abordan la reproducción como un acto de valor sagrado que además se ha convertido en un mecanismo de resistencia y supervivencia (Profamilia, 2016, 77) por lo que la anticoncepción y el aborto, son a menudo rechazados por las autoridades de estos grupos al ir en contravía de sus creencias. Al respecto, un caso de aborto de una persona indígena entrevistada en Popayán deja entrever algunas de estas tensiones y cómo son abordadas por las usuarias:

"yo, en lo personal hice todo el proceso de manera individual, por eso pues, fue gratificante encontrar a alguien que pudiera orientarlo a uno, porque hacer el proceso mediante EPS... [...] nuestra EPS es indígena también, entonces ellos tienen como unas rutas [de atención al aborto] en las que las informaciones se desligan de uno, entonces [...] ellos [las entidades prestadoras de servicios de salud] empiezan a evaluar las decisiones frente con las autoridades o con la comunidad [...] para poder tomar la decisión, mientras que en otros lugares, no sé, campesinos y demás, yo sé que la EPS directamente se contacta con la persona, con la mujer y es [ella] quien toma la decisión, pues haber pasado por los requerimientos necesarios como citas médicas, citológicas y demás. En cambio, allá siempre hay como un tercero o más... [que] conoce estas informaciones. Yo respeto y soy muy participe [...] de todas las cosas que conllevan o mantienen las comunidades, pero siento que es un derecho totalmente mío, de yo entrar a decidir qué es lo que quiero y qué es lo que no quiero referente a lo que involucra mi vida, mi futuro y demás, entonces yo en esa parte si tomé la decisión de no continuar la ruta [con su autoridad indígena], porque me veía en la necesidad de que, primero pues conocieran informaciones [...] que son como muy personales, y segundo, pues porque no sería mi decisión, tendría que acogerme a lo que ellos decidieran, entonces decidí, pues, hacerlo. Busqué, mira que busqué muchísimos [lugares] y yo no encontraba, incluso fui directamente a las instalaciones y fui, al de Profamilia, la atención fue negligente [...] en lo primero que pensé fue que yo conozco la ruta de la IPS, entonces yo dije, no, si lo hago con la IPS le van a decir a la autoridad, le van a, van a haber asambleas, asambleas esta toda la comunidad y ellos van a querer decidir por mí y pues no, yo dije no, pues eso va a ser un caos." (Mujer CIS 1 en Popayán, comunicación personal, 23 de marzo de 2022)

En Mitú apareció este conflicto de manera muy marcada para las entidades prestadoras de servicios de salud. Las entrevistas indicaron que poseen dos limitaciones: por un lado, los programas de promoción a la salud han tratado de integrar un enfoque diferencial en la atención a la población, pero con

pocos elementos estudiados sobre estos contextos para proponer negociaciones o programas ajustados. Por otro, hay resistencia de parte de la población a permitir que estos programas se usen en las comunidades por razones que pueden ser más complejas que las expuestas en el siguiente testimonio:

"Me han contado, [por] ejemplo, las veces que llegan y se presentan [el personal de salud] ¿no?, allá está a cargo del capitán de las comunidades (autoridad del grupo étnico). Aquí venimos y entonces él de una vez, claro, [dice que] "pueden hablar de todo menos de anticonceptivos y de planificación familiar", o sea, él pone las pautas de los temas que van a tocar [...] y por ende, tú sabes que no puedes hablar de abuso, ni nada de eso, porque si no aceptan que hable de anticonceptivos, ahora, mucho menos de eso, así, o sea, no has iniciado, te estás presentando, y de una vez te dicen, con eso no te, o sea de esos temas no, no se hablan aquí y ya es, es la misma protección que hay hacia estas comunidades, hacia esta población particular, que uno no puede llegar allá y atropellar, y hablar de todo [...] si uno llega a, a, de pronto a pasar por encima de la autoridad, que es él en su momento, ya, qué vas a hacer, que el paso de los demás, de las personas que vienen detrás de nosotros, de los demás grupos que vayan a apoyar allá, no los quieran dejar entrar, entonces prefieres intervenir mínimo, a no intervenir nada" (Mujer CIS 2 en Mitú, comunicación personal, 26 de abril de 2022)

Una persona indígena no binaria entrevistada en Soledad también habló de este conflicto desde su punto de vista:

"para nosotros concebir es un proceso natural; pero también es un proceso que se elige, incluso en la religión y me ha gustado mucho he ido a bastantes charlas para tratar de asimilar qué es lo que pienso al respecto, porque me ha costado tener una opinión, pero mía, que sea conmigo misma como de que pienso sobre el aborto como tal" (Persona no binaria 4 en Soledad, comunicación personal, 20 de abril de 2022).

También cabe señalar que, según las entrevistas, en las experiencias de vida trans y no binarias, los espacios médicos frecuentemente son percibidos como inseguros y desconectados de las realidades corporales, sociales e identitarias de las personas. A menudo se refirieron a ellos como lugares en los que se refuerzan ideas binarias del género, en los que se patologiza su tránsito, y en los que incluso hay coerción frente a las formas en las que se orientan sus decisiones corporales:

"sino como todo el sistema de salud se tiene que reinventar completamente y dejar de pensar que solamente existe el binario y ya, lo demás está por fuera, en el lugar de la diversidad y en el enfoque diferencial [...]"

siento que tiene que ver con estos lugares de no tener herramientas, con la patologización obligatoria que nos impone que la institución de la medicina, como "tú transitas de esta forma", "eventualmente te vas a operar", "eventualmente no vas a menstruar", [...] "Te vas a sacar la matriz". Como todo. Y muchos no escogieron, como que les hicieron ese procedimiento y era lo que conocían. [La] histerectomía total. Y más que un consejo es como... "una ruta". Sí, una "ruta de masculinidad", [te dicen] "necesitas que te saques esto". No está escrita esa ruta, es una ruta impuesta, más cultural, no es que este escrito que tienes que sacar el útero, no, te van a decir que no, pero cuando tú llegas a un escenario de estos te dicen "¿Cuál es el siguiente paso de tu tránsito?" Como que tienen una "línea" de los tránsitos. [A veces te "felicitan" dicen:] ¡vas muy bien!" [o] "te tienes que sacar esto porque te da cáncer. Como ¿de dónde sacan eso? ¡No se sabe! porque no hay unos estudios que muestren que la terapia de remplazo hormonal muestre este tipo de daños. No los hay. [...] es como, esas esterilizaciones forzadas y esas mutilaciones forzadas a personas trans que sentimos [que están] disfrazadas de un discurso de la salud y la sanidad: son odio trans, transfobia, y [son] el lugar de asegurarse que no haya reproducción trans también, ¿sí? Como que, de lo trans solo se habla... si se habla de lo trans se habla de "que no vayan a gestar" ¿sabes? Como una esterilización social, cultural y médica" (Hombre trans 1 en Bogotá, comunicación personal, 28 de marzo de 2022)

Sin resolver estos conflictos directamente, estos testimonios permiten reflexionar sobre las oportunidades de ajustes funcionales tanto al diseño como al contenido informativo que se incluya en la solución digital para que la plataforma pueda promover la interacción respetuosa, digna e inclusiva con todas las posibles identidades de personas usuarias en relación con el autocuidado del aborto.



En contextos de salud interétnica el aborto debe ser estudiado con más profundidad. Se encuentra en la tensión de ser un **acto de autodeterminación** que no es totalmente aprobado por muchas autoridades de grupos étnicos.

5. Anticonceptivos: narrativas de medicalización y agencia

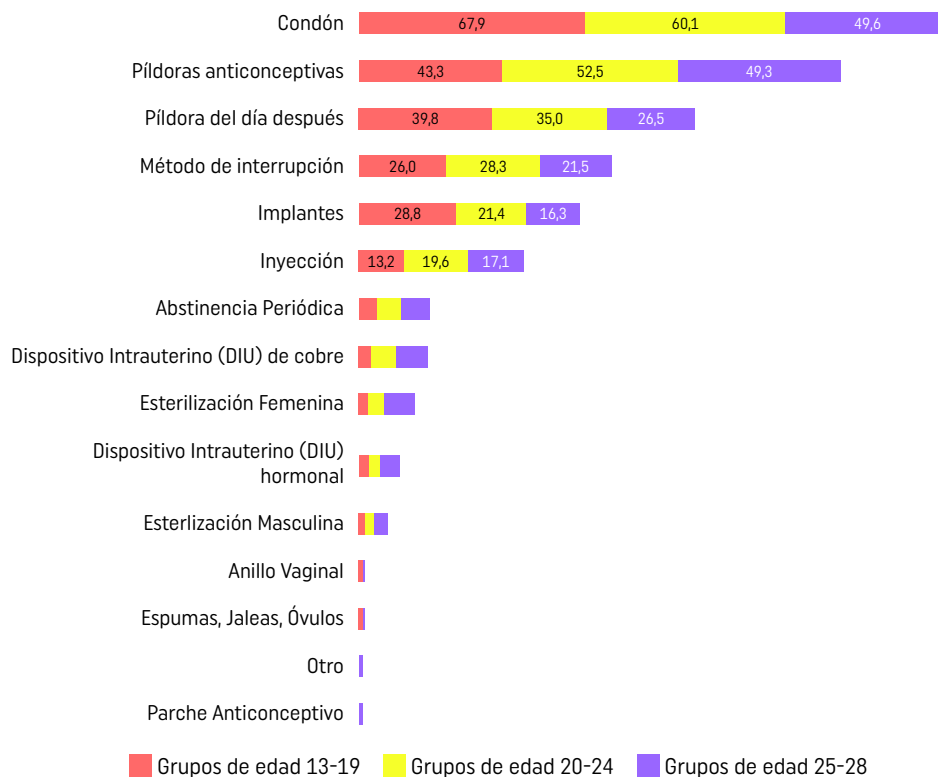
Los métodos anticonceptivos juegan un papel fundamental en la prevención de embarazos no deseados y en la protección contra infecciones de transmisión sexual (en adelante ITS). Pese a ser conocidos por casi toda la población en edad reproductiva a nivel nacional, hay barreras, prácticas y nociones complejas acerca de los anticonceptivos que inciden en el uso masivo deseado y que afectan su efectividad (ENDS, 2015). A continuación, se explorarán algunas de las percepciones y prácticas discutidas por las personas participantes de la investigación en relación con el uso de anticonceptivos en su cotidianidad, narrativas sobre efectos secundarios y sus implicaciones en las preferencias de uso y tipo de métodos escogidos, y finalmente, se abordará la paradoja que perciben las personas usuarias sobre el uso de anticonceptivos como actos de autodeterminación y ejemplos de autonomía y agencia pero que encuentran límites ante la poca información disponible, la dificultad para acceder a ciertos métodos preferidos, y en ocasiones la coerción experimentada por parte de médicos, parejas y familiares.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2015 reveló que el 81% de las mujeres y el 83% de los hombres entre 13 y 49 años en unión usaban algún método anticonceptivo. De manera similar, los datos de la encuesta aplicada en el marco de esta investigación indicaron que el uso de anticonceptivos ha sido frecuente por las mujeres, hombres con experiencias transmasculinas y personas no binarias en últimos dos años (85,8%). Los métodos anticonceptivos de mayor uso fueron el condón, las píldoras anticonceptivas, la píldora del día después y método de interrupción. Por su parte, los métodos anticonceptivos definitivos fueron los de menor uso entre los jóvenes, sin embargo, se observa un incrementó de uso a mayor edad. (Ver figura 2).



Los métodos anticonceptivos juegan un papel fundamental en la prevención de embarazos no deseados y en la protección contra infecciones de transmisión sexual.

Figura 2. Uso de métodos anticonceptivos en los últimos dos años por grupos de edad (2021-2022)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos recolectados en la encuesta virtual.

Entre el 14,2% de los participantes que indicaron que no haber usado anticonceptivos en los dos últimos años, las cuatro principales barreras de acceso mencionadas fueron: "Falta de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y donde obtener información y/o acceder a ellos (13,9%)", "Han tenido relaciones sexuales con personas que tienen vagina (10,2%)", "costo del método anticonceptivo (8,4%)" y "Dificultades para obtener autorizaciones médicas (7,6%)".

Por otro lado, como se puede evidenciar en la tabla 3, entre las personas que usaron métodos, el 41% de los participantes tuvo dificultades para acceder a estos, entre las que destacan la falta de suministros disponibles, el costo del método y las dificultades en la asignación de citas, tendencia que se presentó tanto para todos los grupos de edad y nivel de ingresos.

Estas problemáticas permiten evidenciar que persisten falencias sistemáticas en el acceso tanto para quienes usan o no métodos anticonceptivos, posiblemente relacionado a que no se trata de una provisión garantizada de manera universal y cuyo acceso se debilita aún más en contextos donde hay ausencia de fuentes confiables de información. De igual manera, estos

datos se alinean con hallazgos obtenidos por estudios similares como los de Amador (2017) donde se evidencia que los métodos anticonceptivos como estrategia de política pública por medio de regulaciones que cubren los costos de los mismos tienen efectos positivos sobre las decisiones de fecundidad, pues la elección de los anticonceptivos es muy sensible a este cambio en los costos.

Tabla 3. Tipo de dificultades que experimentó para acceder a los métodos anticonceptivos que está usando actualmente

Dificultades	Grupos de edad			Ingreso mensual aproximado					Total
	13-19	20-24	25-28	No tiene ingresos	0 - \$500.000	\$500.001 - \$1.000.000	\$1.000.001 - 2.000.000	\$2.000.001 o más	
No hay suministros disponibles	54,2	68,0	67,0	59,1	63,4	61,1	71,6	75,1	65,0
Costo del método anticonceptivo	54,9	50,1	42,6	55,4	53,1	48,6	43,8	35,7	48,9
Demora en la asignación de citas médicas	32,9	25,4	26,0	25,0	28,5	34,8	25,6	20,6	27,0
El proveedor de servicios no proporcionó el método	8,4	13,0	14,6	11,1	11,8	12,9	12,9	15,9	12,5
Falta de servicio	11,9	10,7	9,1	9,7	10,7	14,7	10,1	6,9	10,5
No tenía conocimiento	12,4	7,3	4,6	8,7	7,6	10,3	5,6	4,3	7,5
Costo de transporte	9,6	7,5	5,1	11,1	7,6	6,6	4,5	4,0	7,3
No hay servicios amigables para los jóvenes disponibles para mí	11,6	5,5	5,3	9,7	7,2	6,6	3,1	4,3	6,6
Falta de transporte	7,6	6,4	5,4	7,7	5,4	7,8	6,7	3,6	6,4
Consentimiento requerido de los padres	16,7	3,4	0,7	10,3	5,4	3,8	1,7	1,8	5,2
No está afiliada al sistema de seguridad social en salud	3,8	4,2	5,6	4,4	6,3	6,0	3,1	1,1	4,5
Otra	3,5	4,2	5,4	2,8	5,6	3,1	5,3	5,1	4,4
No sabía que tenía derecho	6,3	3,8	3,2	4,4	4,9	4,7	2,8	2,9	4,1
Prefiere no responder	1,0	1,3	0,0	1,8	1,2	0,3	0,0	0,4	0,9
Consentimiento requerido de pareja	0,5	0,7	0,9	0,8	1,1	0,3	0,8	0,0	0,7
No sabe	0,0	0,6	0,4	0,6	0,5	0,0	0,6	0,0	0,4
Total casos	395	1060	570	504	569	319	356	277	2025

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recolectados en la encuesta virtual.

Estos resultados sobre barreras frente al uso de anticonceptivos coinciden con lo que evidencian los testimonios en las entrevistas, excluyendo las respuestas de las relaciones sexuales entre personas con vagina, los tres tipos de respuesta más frecuentes permiten entrever que asociado al no uso de anticonceptivos subyacen problemas profundos relacionados con la falta de recursos económicos, con la falta de información adecuada, y en general con vacíos en la atención oportuna de las necesidades de salud sexual y salud reproductiva en el sistema general de salud.

En este sentido, respecto a las experiencias sobre falta de información, las entrevistas apuntan a que se trata de una situación generalizada que empieza en la adolescencia y cuyos vacíos repercutieron en las formas en las que las personas toman decisiones sobre su sexualidad y su reproducción. Como fue discutido en la sección de Narrativas sobre salud sexual y salud reproductiva, desde los colegios y núcleos familiares hubo omisiones y vacíos sistemáticos en educación sexual que fueron llenados por fuentes diversas, desconectadas y con distintos niveles de confiabilidad. Ante esto, los testimonios advierten que las consecuencias se traducen en limitaciones en la autonomía para la toma de decisiones:

“Se pueden cometer muchos errores. O yo creería que cuando uno no tiene la información, no sabe cómo actuar, no sabe a qué dirigirse o puede uno equivocarse [...] Yo creo que por ejemplo, eso qué pasa, que me pasó, que me pasó a mí [experiencia de aborto], que uno no se apoye en una fuente buena o en alguien confiable, o en una información veraz, y entonces uno se apoya en las amigas, en el novio, en otra fuente que no sabría cómo explicarte, como... no hay información al respecto de temas sexuales, uno se basa en fuentes que no tiene que hacerlo en el novio, en la amiga” (Mujer CIS 3 en Soledad, comunicación personal, 20 de abril de 2022)

Adicional a esa brecha de información se suma el fenómeno de conocimientos incompletos sobre cómo funcionan los métodos y la prevalencia de otras representaciones sociales de la anticoncepción asociadas a la confianza, la fidelidad, y las preferencias de la pareja, dando lugar así a limitaciones de la autonomía enmarcadas en relaciones erótico-afectivas asimétricas influenciadas, en su mayoría, por intersecciones de varias desigualdades simultáneas como la falta de recursos económicos, el limitado acceso a información especialmente en la ruralidad, de desigualdades de género, de raza, y edad, entre otras:

“porque tengo amigas del campo, que ellas no, o sea, dicen, “no, nosotras no planificamos”, porque también los esposos pues no planifican ni las dejan planificar, entonces no se cuidan, pero tampoco quieren que ellas se cuiden, entonces aún se ve mucho en diferentes lugares y municipios,

en especial del Cauca, porque tengo varias amigas en muchos municipios y comunidades que pues no, no hay, y en los colegios tampoco las orientan, o solo les dicen hay este método y solo con ese, no les dan la oportunidad de elegir o si quieren ellas cuidarse, si no quieren cuidarse y todo lo que eso respecta" (Mujer CIS 1 en Popayán, comunicación personal, 23 de marzo de 2022)

"la mujer se coloca el implante o inicia su proceso de su método, el uso de su método anticonceptivo es con autorización del esposo, entonces, de ahí ya te podrás imaginar. [...] Ellos piensan, pues, lo que se cree regularmente, es que, cuando la mujer ya entra a planificar o a hacer uso de algún método anticonceptivo, viene el tema de la infidelidad y todo eso, entonces por ahí también se genera, pues como un rechazo" (Mujer CIS 4 en Mitú, comunicación personal, 29 de abril de 2022)

Finalmente, asociado al no uso de anticonceptivos, las personas participantes describieron que otra barrera importante recae en la poca atención de sus necesidades en el sistema de salud actual, bien porque se enfrentan a la falta de cobertura en sus territorios, porque en las consultas no hay preocupación por entender las posibilidades de las personas usuarias según sus contextos, identidades y particularidades corporales, o porque no existen lenguajes y rutas que les sean claras.

"[...] le niegan el servicio, o sea si usted va al puesto de salud y su fecha de ponerse la inyección es el [día] 2, usted ¿cómo va a ir a ponérsela el 15?, o [te dicen] "Ay no, fulanita la que está atendiendo, no vino hoy". Porque yo lo escuchaba mucho cuando yo [iba], a lo que si he accedido es como a control de médico general [...] por lo menos en mi IPS que me atendían, en caja preguntan, [y yo decía] "ay vengo para el control, para la inyección", [me respondían "ay no, esa inyección no hay, venga la otra semana, tal cosa no hay", así, o sea se supone que eso debe ser algo que siempre debe estar, porque es un proceso regular, o sea uno va todos los meses allá, deben tener como un abastecimiento de eso, pero no lo tienen, entonces por ese lado sí, pero pues como yo nunca accedí a ese servicio así por IPS, sino que yo siempre lo pagué particular, digamos como que yo no tuve esas dificultades" (Mujer CIS 2 en Cúcuta, comunicación personal, 5 de abril de 2022)

"por ejemplo, yo no utilizo método de planificación familiar porque tengo migrañas con aura, encima de las migrañas con aura, pues yo soy muy estrecha, entonces nunca me pondría un dispositivo intrauterino, que es el único método que puede utilizar, y lo tercero es que pues por mi obesidad tampoco [me habilita], no hay ningún método hormonal que me funcione, porque los métodos funcionan hasta un índice de masa corporal de 30, y mi índice de masa corporal es mucho mayor, entonces por mi obesidad

tampoco puedo planificar con métodos hormonales, entonces yo ¿para qué voy a meterme a un medicamento que no me va a funcionar?, entonces eso es lo que te digo, que hace mucha falta en la asesoría, [...] entonces con esas características en particular, yo creo que hay que dar una buena orientación en planificación familiar y ahí debe haber otro consentimiento informado, o sea, ya me dio toda la asesoría, desea planificar sí o no, ya con eso me quedo[...] no tengo que influir más en su cuerpo, son sus riesgos, es su vida" (Actor local 3 en Popayán, comunicación personal, 24 de marzo de 2022)

Las personas con experiencia de vida transmasculina y no binarias entrevistadas se suman a este grupo con grandes barreras y cuyo uso limitado o no uso de anticonceptivos lo explican en la poca información disponible que se ajuste a sus características y experiencias corporales, y por la hostilidad de los espacios médicos con personal no capacitado para el cuidado y orientación. Describen:

"Yo creo que hay cosas que propiamente en transmasculinidades que estamos en hormonas y es que las personas que llevan esos procesos ginecológicos también entiendan que tenemos unas diferenciaciones por nuestros tratamientos hormonales, menor humedad en la zona vaginal, menor muchas veces menor dilatación y muchas veces menor lubricación, entonces hay procesos que para algunas personas son muy fáciles, pero para otras personas como no lubricamos tanto pues... [...] los hombres trans en hormonas no podemos tener... no podemos utilizar anticonceptivos porque las hormonas chocan y literalmente se daña el tratamiento y es una sobrecarga que, o sea, jode el cuerpo, es peligrosísimo como hasta riesgo de trombosis, o sea es muy peligroso. [...] Entonces, por ejemplo, las personas que estamos en tratamiento hormonal es con testosterona, no podemos tener ningún otro método que no sea la T de cobre o el condón, creo que hay otro pero no me acuerdo cuál es, hay otro que no es hormonal. Y también por eso es que para los hombres trans es tan complejo y tan peligroso el tema de poder quedar en embarazo porque no podemos someternos mientras estemos en tratamiento hormonal, no podemos someternos a ningún tipo de tratamiento anticonceptivo solamente la T de cobre y no todos, yo creo que la gran mayoría no tenemos, yo no tengo la T de cobre y también es una decisión tuya propia, [...] y como no se cree que nos embarazamos entonces no se cree que hay un problema, resulta que somos de las personas más expuestas a embarazo porque no tenemos la posibilidad de métodos anticonceptivos alternativos [...] pues porque es que a nosotros nos ha tocado aprender sobre nuestros propios cuerpos porque ningún doctor nos da solución, [no] nos da información" (Hombre trans 1 en Bogotá, comunicación personal, 28 de marzo de 2022)

"realmente no he ido al médico, entonces no te podría decir como si me han discriminado, porque realmente como que sí siento que he huido de los espacios médicos justamente por el tema de mi identidad de género [como persona no binaria], de la posibilidad de que me discriminen, de que [...] de que todo, de tener que decirle al médico como: "no, mira, es que ese nombre que sale no es el mío", también todo, con el simple hecho de ir a los baños, con el simple hecho de que te llamen y que te digan todo el nombre de la cédula, no los apellidos solamente, todo el nombre, eso ya es supremamente violento para una persona trans. Entonces siento que eso me aleja de los espacios y ya como que respecto a los espacios médicos es eso" (Persona no binaria 7 en Bogotá, comunicación personal, 31 de marzo de 2022)

Se evidenció que las barreras de no uso narradas también coinciden con las dificultades de acceso para quienes sí usaron métodos anticonceptivos en los últimos dos años, esto refuerza la hipótesis de que las barreras son sistemáticas a la población joven en general.

Por otro lado, en las entrevistas, el uso de anticonceptivos mostró tener un precedente de narrativas frente a la corporalidad y la autonomía. Fue frecuente escuchar que se asociaban con conocimientos básicos de la educación sexual, y que su uso está fuertemente relacionado con la posibilidad de decidir frente al futuro y de crear lo que las personas entrevistadas denominan "proyecto de vida":

"porque la idea no es que las personas tengan miedo de tener sexo, sino que quieran tener sexo y quieran tener sexo seguro, eso es importante es que para mí una chica que sepa mucho de cómo proteger su cuerpo, de cómo protegerse, de cómo continuar con su proyecto de vida o su proyecto de familia, que la idea no es que si no quiere tener hijos está mal no, no somos mujeres cuyo fin es ser madre, hay muchas más cosas para eso y qué pasa si les das datos básicos importantes, las chicas terminan resignándose a vivir una vida que no quiere sino que les toca y la asumen" (Actor local 2 en Soledad, comunicación personal, 20 de abril de 2022)

Estas construcciones sobre decidir en el presente e impactar en el futuro, se repetían en las conversaciones relacionadas con aborto. El "proyecto de vida" es materializado como el conjunto de expectativas, metas, y posibilidades que una persona busca perseguir con las acciones cotidianas y que contribuyen a la consolidación de la idea de persona que se tiene de sí misma. Se trata, en sus palabras, de un mapa trazado desde la voluntad y el autodescubrimiento frente al cual las decisiones reproductivas son leídas como determinantes del éxito o fracaso en esa trayectoria.

"[es] algo que nace desde los sueños, algo que yo quiero ser, se toma más en serio el tema de los anticonceptivos, porque, por ejemplo, usted va a hacer con su novio, listo, su novio le dice: "no, amor, es que, sin condón, bien, más rico" [...] pero es que usted tiene sus sueños. [...] mi sueño es ser profesora, ¿qué pasa si quedó embarazada?, ¿qué pasa si [contraigo] alguna enfermedad?, se me nubla mi sueño, mi carrera, lo que yo quiero, mi proyecto de vida, entonces ahí, cuando uno se quiere un poquito más uno mismo, y está como apasionado por lo que uno quiere, uno para y dice, no, si no es con esto, no voy, entonces eso es lo importante y lo fundamental del proyecto de vida (Mujer CIS 1 en Cúcuta, comunicación personal, 4 de abril de 2022)

"Primero para mí no es vernos como mujeres y hombres, es vernos como individuos que pueden alcanzar los proyectos que se plantean. Entonces por lo menos hablar de proyectos de vida es sumamente importante, porque cuando tú hablas de un proyecto de vida no es solo "yo quiero tener una casa" no. ¿Cuál es tu proyecto de vida? ¿Cómo te ves en tu vida bajo niveles emocionales? ¿bajo niveles intelectuales? o sea, es cómo te construyes tú como individuo yo creo que muy pocas veces se hace el hecho de hablarle y a los jóvenes como ¿Cómo te construyes como individuo? ¿Cuáles son tus anhelos? ¿Cuáles son tus metas? ¿Cuáles son tus pasiones? ¿Cómo te quieres descubrir y qué quieres aportar a la sociedad? no es como "tú mira a ver como consigues tu trabajo y listo", no. Yo siento que si hay jóvenes enfocados en más cosas para aportar, sería una forma de tratar de solventar problemáticas de este tipo. Si tú ves a alguien apasionado y enfocado en algo que le gusta y con contribuye a la sociedad se van a dar las cosas, se va a dar un proceso de descubrimiento, va a tratar de buscar su bienestar y no va a aceptar la realidad que dicen que le tocó." (Actor local 2 en Soledad, comunicación personal, 20 de abril de 2022)

El "proyecto de vida"
es materializado como el conjunto de expectativas, metas, y posibilidades que una persona busca perseguir con las acciones cotidianas y que contribuyen a la consolidación de la idea de persona que se tiene de sí misma.



En este ejercicio de escoger por el propio bienestar, las entrevistas hicieron hincapié en cómo a pesar de que los anticonceptivos son uno de los vehículos más importantes para reafirmar esas decisiones, hay un temor sobre el efecto de su uso continuo en sus cuerpos por lo que se habla usualmente desde experiencias muy encarnadas y subjetivas que se generan a partir del uso de los anticonceptivos (especialmente los hormonales). Esto más allá de coexistir con percepciones incompletas o desinformadas sobre los anticonceptivos y sus implicaciones médicas, dan cuenta de una capacidad de análisis crítico y de agencia en la que las decisiones sobre los métodos son contrapuestas con los efectos psicológicos, médicos, y sociales que derivan en prácticas de "protección" de la salud y el cuerpo con ciclos pendulares de uso-no uso:

"además de que siento que muchas o bueno siento que muchas de las mujeres que no planifican es como por miedo a los cambios en el cuerpo. [...] A mí me ha pasado, o sea, a mí me da pavor y te lo digo así, me da pavor de pronto introducir algo en mi cuerpo para planificar, [...] pero que yo diga como que yo quiero utilizar X o Y método, no, a mí me da pánico de pronto por el cambio que puede haber en mi cuerpo o problemas que puede haber a futuro. Porque digamos mi prima planificó desde muy chiquita, desde los 13 años ella empezó a planificar, ella planificó con la T no le sirvió, entonces le tocó con el Yadel y no le sirvió, entonces le tocó con la inyección, entonces sí es como un transcurso y ella ahorita tiene ovarios poliquísticos, entonces yo tengo como esa imagen de pronto de que planificar ante ese tema es como no..., de pronto utilizo más temas de protección de barrera". (Mujer CIS 2 en Bogotá, comunicación personal, 29 de marzo de 2022)

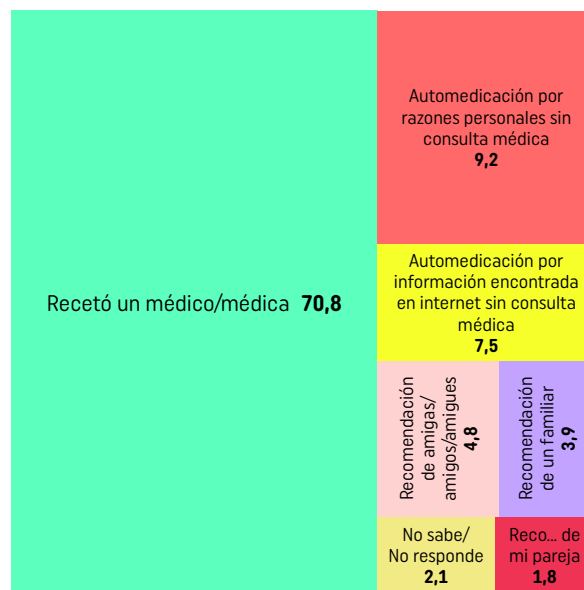
"uno como que también lee mucho sobre el tema de lo violento que son los temas pues de planificación con las mujeres y yo no quería, pues yo me estaba reusando a planificar, o sea, yo decía como... pues yo tenía muchas compañeras que me decían como "¡no!, eso me engordó, depresión, brotes", un montón de cosas, que yo decía "No puedo creer que yo tenga que pasar por todo eso para poder disfrutar de mi vida sexual", o sea, ¿por qué las cosas tienen que ser así? pero pues ya después quedé embarazada y ya fue como "no, Dios mío", o sea me podrá hacer las cosas que sea pero yo no quiero volver a pasar por eso." (Mujer CIS 4 en Bogotá, comunicación personal, 30 de marzo de 2022)

En estos testimonios, era frecuente que, justamente frente a la expectativa de los efectos adversos a los métodos hormonales se resaltara el rol del personal médico en las consultas ginecológicas como "traductores" o "intermediarios" de la información relacionada con los métodos y sus efectos en los cuerpos, y había expectativas sobre la atención, que, de manera

conjunta (médico-paciente), se pudiera llegar a una orientación exitosa para la asignación de métodos "compatibles". En estas narrativas se reitera esta idea sobre la salud sexual y la salud reproductiva como un conjunto de conocimientos ajenos a las personas que la viven, y que reposan casi exclusivamente en la experticia médica por lo que requieren de constante traducción, pues no son abordados en un lenguaje que "sientan" relacionado a su experiencia.

"Para mí es importante que una persona pueda identificar cuál es el que mejor se adapta a su cuerpo, es importante conocerlos, pero vuelvo otra vez a la humanización, es importante ir a un profesional que me diga bueno, para tu cuerpo ta, ta, ta, ta, porque yo ¿cómo voy a saber?, por ejemplo, ha pasado, bueno, a mí me pasó personalmente, hubo un tiempo en el que yo planifique con pastillas, yo sé planificar, porque yo me conozco todo el contexto, yo conozco de las pastillas, sé que toca todos los días, sí, pero qué pasó, las pastillas me hicieron un daño, porque me descontrolaron más mis hormonas, entonces, ahí se me brotó la cara, todavía tengo rastros de espinillas, entonces fue una locura, entonces sí, muy bacano y todo conocer, pero ahí vuelvo, si interviene en mí, no me gusta, o sea, no me gusta, porque realmente no hay como ir a un ginecólogo realmente, que me diga, mira y me haga un estudio, y me diga, mira el método que te sirve a ti es la inyección, porque es que las pastillas diarias puede ser que la carga hormonal, la razón que sea, entonces ese sería" (Mujer CIS 1 en Cúcuta, comunicación personal, 4 de abril de 2022)

Figura 3. Personas a quienes consultó sobre los métodos anticonceptivos que ha usado en los últimos dos años (2021-2022)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos recolectados en la encuesta virtual.

Parte de esta asociación con la información y los efectos secundarios, puede explicar el hecho de que el uso de métodos de barrera y métodos de ritmo (asociados por las personas participantes como "más naturales") sean frecuentemente usados según los datos de la encuesta aplicada (ver figura 3), y que sean usuales (aunque no mayoritarias) las alternativas informales para orientar su administración como la automedicación sin consulta médica por razones personales (9,2%) o consulta por internet (7,5%), por recomendación de amigos (4,8%) o familiares (3,9%).

Finalmente, frente a la idea del uso de anticonceptivos como ejercicios de autodeterminación, hay paradojas que fueron evidenciadas en las entrevistas con actores que relataron casos y experiencias de coerción en la provisión de métodos que ocurren en los núcleos familiares (bajo el argumento de que no se "permitiría que hubieran embarazos tempranos en casa") y en espacios médicos de consulta (especialmente en contextos con personas en condiciones de empobrecimiento como migrantes irregulares, personas indígenas). Indicaron que a menudo el personal médico habla de los métodos estratégicamente omitiendo información sobre los efectos secundarios o sobre los costos corporales y económicos asociados al uso permanente, y que de esta forma influyen las decisiones de las personas para promover la preferencia por el uso de ciertos métodos. También relataron historias de casos asociados a la imposición de uso de anticonceptivos después de procedimientos de aborto, en los que se condicionó el acceso al procedimiento de interrupción a que se siguiera esa el uso de ciertos anticonceptivos en específico. En estos escenarios, esas acciones coaccionan y condicionan la libertad para decidir y la supeditan a aprobación médica que es ya en sí misma interpretada como una voz de autoridad.

"Por ejemplo pasó el caso de una chica [en Cúcuta] y no fue la única, porque, o sea les decían antes de hacerle la interrupción que tenían que ponerse el DIU, o sea que no le ofrecían como la ruta que le comentaba, la ruta de [aborto] [...] pues aborta y luego [le ponían] método anticonceptivo a su elección. Sino que le decían que tenía que ponerse ese, si no se ponía ese método no le hacían interrupción, y entonces [...] no se lo decían ya después de la interrupción, sino antes, pues obviamente ella, en su desespero y de pronto no tenía el conocimiento, decía que sí, para que se lo hicieran, la interrupción [...] [También] Hay muchas organizaciones, ONG, en respuesta a lo de la crisis migratoria, y dan como que anticonceptivos por entregarlos, entonces las mujeres como que van y la ponen a escoger. Supuestamente ella escogió libremente, pero le dicen, "Mira, tenemos este implante, tenemos este por un año o este que dura cinco, ¿tú cual prefieres?", obviamente va a decir, "ay pues el que dura cinco", supuestamente la decisión la tomó ella, pero ella no sabe todos los efectos que puede tener un método anticonceptivo de largo plazo con tanta carga hormonal,

más cuando uno nunca se ha puesto uno, [...] que eso es un cambio hormonal fuerte, todas las implicaciones que puede tener. [...] Porque muchas van, se ponen el método y pues sabemos que la mayoría quieren el método, pero como no saben [sobre los efectos], se lo van a querer quitar a los tres meses, al mes, porque no saben qué pues esos efectos son como normales, o más bien, son efectos esperados del método, entonces se lo van a querer quitar enseguida, porque muchas no saben y se quedan como ponchadas con eso, porque listo la entidad se los puso gratis, pero ellas no saben que tienen que pagar la retirada, y no sabían lo que podía causar en su cuerpo, entonces pues ya no lo quiere tener y no tienen como quitárselo" (Actor local 1 en Cúcuta, comunicación personal, 4 de abril de 2022)

Como lección de estos testimonios queda que la continuidad sistemática de barreras para el uso de anticonceptivos en personas jóvenes debe ser interpretada a la luz de que sus contextos, cuerpos y vínculos que cambian de manera constante. Esto implica considerar que las preferencias y necesidades de uso mutan de manera frecuente, por lo que la prevención de los embarazos no deseados necesita de estrategias flexibles y atentas a las necesidades de estos grupos, y a las que deben subyacer apuestas por normalizar, familiarizar y aproximar la información sobre salud sexual y reproductiva. También deben considerarse que sus preferencias sobre las prácticas anticonceptivas no son secundarias o menos importantes que los consejos médicos, por el contrario, en ellas reposan saberes del cuerpo y lo que siente que son esenciales de escuchar en espacios de consultas médicas.

6. Autocuidado del aborto farmacológico y telemedicina: oportunidades y retos

La OMS y la literatura sobre aborto autogestionado⁹ en la modalidad de telemedicina han documentado los avances y oportunidades de esta práctica en el panorama de derechos sexuales y derechos reproductivos al permitir a las personas embarazadas ejercer su derecho a la salud de manera oportuna y privada, simultáneamente fomentando la autonomía corporal como un derecho humano¹⁰. Son numerosas las investigaciones asociadas a nivel global¹¹ y regional¹² en las que se ha comprobado que con el acceso a la información correcta y con los sistemas de apoyo adecuados, es posible conservar los porcentajes de éxito y seguridad de procedimientos presenciales en ambientes no clínicos como los hogares.

En la presente sección se discutirán los resultados del análisis cualitativo y cuantitativo en relación con las experiencias, preferencias y percepciones de aceptabilidad de esta modalidad en personas que utilizaron el servicio de teleaborto MIA de Profamilia, personas que abortaron dentro y fuera del sistema de seguridad social en salud, personas asignadas mujeres al nacer que no han abortado, y de manera significativa, se considerarán también los aportes de grupos de acompañamiento entrevistados, colectivos feministas y transfeministas, y organizaciones de base que trabajan sobre equidad de género en los municipios priorizados. Se espera que a través de estos datos y testimonios sea posible identificar nuevos elementos para el diseño de la solución digital para autocuidado del aborto enmarcados en las necesidades y expectativas que manifiesta la población usuaria en materia de servicios, información, cuidado, y apoyo, analizados desde un lente de autonomía, posibilitando así la oportunidad de mejorar la atención brindada y expandir el acceso al aborto especialmente en contextos donde hay restricciones geográficas, socioculturales y económicas.

9. Se define por aborto autogestionado a la práctica de autoadministración de medicamentos para la interrupción del embarazo por fuera de contextos clínicos (Wainwright et al, 2016).

10. Ver: (Bercu et al. 2022) (Larrea, Hidalgo, Jacques-Aviñó, Borrel, & Palència, 2022) (Kohn et al. 2021) (Wiebe et al. 2020) (Ehrenreich et al. (2019).

11. Ver: (Endler et al. (2019), DeNicola et al. (2020), Kohn et al. (2019) y Fix et al. (2020).

12. Ver: (Zurbriggen, Vacarezza, Alonso, Grosso, & Trpin, 2019) (Moseson et al. (2020) (Zamberlin et al. (2012)

En el 2019, el prefacio de la primera guía consolidada de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2019) sobre intervenciones de autocuidado para la salud señala que "las personas han desarrollado prácticas de autocuidado por milenios", y que ha sido el contexto de nuevas tecnologías y el avance de la ciencia en la medicina lo que ha permitido la expansión de estas prácticas en nuevos entornos, ampliando el acceso a servicios y el rango de posibilidades para que se de en sus propios términos. En contextos de aborto esta visión involucra la autoadministración de misoprostol y mifepristona para interrumpir embarazos sin una supervisión médica directa, y se ha traducido en el reconocimiento de las personas como agentes activos en la gestión de su propio cuidado de la salud y normalmente, en condiciones seguras, se trata de acciones complementarias a servicios del sistema de salud (Organización Mundial de la Salud, 2022a). Este modelo de autocuidado del aborto no busca transferir la completa responsabilidad de cuidado a la persona, sino que, al contrario, reconoce la responsabilidad de las instituciones como proveedores de servicios de calidad que deben anticipar las necesidades de sus pacientes, especialmente —de acuerdo con la evidencia recolectada en esta investigación— con respecto al apoyo emocional y psicológico que pueden requerir antes, durante y después de los procedimientos.

6.1. Sobre telemedicina

La atención de la salud por medios de comunicación como llamadas, video-llamadas, y mensajes de texto, tuvo una expansión significativa a raíz de las limitaciones de contacto presencial impuestas por la pandemia por COVID-19. Durante este periodo, la provisión de servicios de atención en estos canales fue central para facilitar el acceso a salud en un contexto restringido por medidas de aislamiento para la prevención de contagio dispuestas por el gobierno nacional.

La atención de la salud por medios de comunicación como llamadas, mensajes de texto, y videollamadas, tuvo una expansión significativa a raíz de las limitaciones de contacto presencial impuestas por la pandemia por COVID-19.



Fruto de la crisis sanitaria, la utilización de los entornos digitales se aceleró en diferentes esferas de la vida cotidiana. Los datos de la encuesta muestran que, con relación al acceso a dispositivos tecnológicos, existe una prevalencia mayor de acceso al teléfono inteligente y el computador portátil en todos los grupos de edad y niveles de ingreso. Sobre la base de respuestas obtenidas, y teniendo en cuenta la participación mayoritaria de personas en zona urbana, el 83,46% de participantes entre 13-19 años, el 79,8% de 20 a 24 años y el 75,9% de 25 a 28 años manifestó tener acceso a internet a través del móvil. Por su parte, el segundo dispositivo que se usa mayormente para navegar en la internet es el computador portátil donde el 85,7% de las personas jóvenes entre 13-19 años, el 81% de 20 a 24 años y el 78,9% de 25 a 28 años usa esta herramienta para acceder. Destaca que, a pesar de que el porcentaje en el uso de los ordenadores va incrementando conforme aumenta la edad, el uso de teléfonos inteligentes se ha convertido en una alternativa plausible para acceder a información debido a la versatilidad para sacar el máximo provecho de los contenidos disponibles, pero sin que esto suponga una solución definitiva.

Tabla 4. Personas que están de acuerdo con algunas afirmaciones mientras usan su teléfono para obtener información sobre los servicios de salud sexual y salud reproductiva

Variable	Categoría	Me preocuparía que otras personas (pareja, familia, amigos, otros) leyeran los mensajes	Me preocuparía si la palabra Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se incluyera en los mensajes	Me preocuparía si la palabra aborto se incluyera en los mensajes	Me preocuparía si la palabra control de la natalidad o anticoncepción se incluyera en el mensaje	Me preocuparía si la palabra sexo o salud sexual se incluyeran en el mensaje
Grupos de edad	13-19	55,6	15,2	21,5	7,1	7,9
	20-24	50,9	19,0	27,7	5,6	6,5
	25-28	47,7	21,8	31,9	6,8	6,9
Nivel de Ingresos	No tiene ingresos	55,6	18,9	27,4	8,2	9,4
	0 - \$500.000	51,3	18,4	25,9	6,9	6,3
	\$500.001 - \$1.000.000	48,0	20,3	26,8	6,4	6,4
	\$1.000.001 - 2.000.000	46,4	16,9	27,0	5,0	5,5
	\$2.000.001 o más	50,8	20,8	31,8	3,2	5,8
Total casos		2.928	1.085	1.575	362	399

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recolectados en la encuesta virtual.

A pesar de la expansión de la telemedicina en los dos últimos años, su servicio aún presupone algunos retos debido al imaginario cultural que se tiene sobre la idoneidad de la presencialidad del médico para obtener una adecuada atención y el conflicto que les representa a las personas hablar o recibir servicios de salud sexual y salud reproductiva en espacios que no sean un consultorio (Profamilia y MEXFAM, 2021). Al indagar sobre el nivel de confianza para usar dispositivos móviles, entendidos como teléfono celular, tableta, computadora portátil o computadora de escritorio, como proxy para la aceptabilidad en el uso de tecnologías para obtener información servicios de salud sexual y salud reproductiva, la preocupación porque otras personas conozcan la información que les está siendo suministrada es la de mayor prevalencia entre los jóvenes de 13 a 19 años (55,6%), 20 a 24 años (50,9%) y 25 a 28 años (47,7%), y sucede lo mismo a cualquier nivel ingresos esta continúa siendo la situación con mayor mención. Por otra parte, como se puede observar en la tabla 4, las personas participantes indicaron si se menciona un servicio como aborto o IVE en el cuerpo del mensaje, esto también sería motivo de preocupación al acceder a servicios a través de los dispositivos móviles.

Por otra parte, la aceptabilidad de esta modalidad fue ampliamente cuestionada por las personas entrevistadas tanto por la calidad de la atención como por las barreras sistemáticas que excluyen a la población desconectada o con bajos niveles de alfabetización digital. En ella se proyectan varios de los viejos cuestionamientos a la modalidad presencial de salud, frente a la falta de empatía percibida del personal médico, la dificultad de acceso para la población empobrecida y en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, y la ausencia de enfoques diferenciales que atendieran a los contextos de personas en contextos rurales. Sumado a ello, los testimonios documentan una desconfianza generalizada frente a los medios digitales como canales que permitan a las personas pacientes comunicarse de manera efectiva y "mostrar la evidencia" de sus afecciones corporales ante la imposibilidad de que el personal médico haga valoraciones físicas.

"o sea, como que yo le habría podido mentir un montón, y él ni se daba cuenta, y me recetó un montón de cosas a partir de lo que le dije, entonces claro, como que, si, lo que vos decís, no, eso como que, eso es como llamar a cualquier amigo. Pues si hay desconfianza en presencial, o sea (risas). No estamos muy habituados a ese tipo de consultas, ni tampoco están las condiciones para que sea una buena tele consulta. Yo si también creo que deriva de una cosa que yo siento que aquí pasa mucho y es que aquí todavía hay como un contacto muy cercano en lo físico, si, somos muy relacionales, entonces si es como, uno sí espera que le conversen y no, o sea, sí como que hay una necesidad de que sea un trato amistoso y de que sea, sí, como delicado... y la frialdad, la sola idea de imaginarse eso ya

genera como una barrera de "ni lo voy a probar "y si lo prueba como que no. Es que yo particularmente no he vivido en un espacio en donde la telemedicina sea la única alternativa, o sea yo creo que la gente prefiere irse a otro tipo de medicina, tradicional, unas más confiables que otras" (Actor local 1 en Popayán, comunicación personal, 22 de marzo de 2022)

"Bueno, sí tuve telemedicina, la verdad era como que muy, no sé, o sea, el hecho de que no me tocara el médico, que no, realmente no supiera ni que, o sea, yo le podía decir, me estoy muriendo, él se tiene que quedar con [mi testimonio de:] "me estoy muriendo", porque ¿cómo él va a determinar si sí o no, o realmente es algo de mi mente?, no sé, o sea, siento yo, que es como que muy... no sé, pero igualmente uno siendo muy sincero con el médico, sí se puede llegar a diagnosticar, siento yo, pero de pronto hayan muchas falencias, porque no es lo mismo, [...] yo veo que en la teleconsulta sí, estamos como que del cuello para arriba, pero ahora [frente a usted] resulta que yo le veo en el brazo a usted que tiene una mancha, que yo no sé qué y no sé qué más, pero eso no lo ve en teleconsulta, eso no lo logra, porque no la tengo al frente, ¿cómo hago?, y la paciente tampoco, está como en otra cosa, de pronto, sí, o sea son como visiones diferentes, en cambio cuando es presencial, tenemos como toda una perspectiva de la persona, desde el pelo, los ojos, el brillo, digo yo, lo que sea, la piel, de qué color tiene la piel, porque también la cámara nos distorsiona muchísimo, entonces yo siento que sí, que no, pues personalmente, a mí no me parece" . (Mujer CIS 1 en Cúcuta, comunicación personal, 4 de abril de 2022)

Al preguntarles por el uso de otros servicios paralelos a la telemedicina como el uso de chatbots para la gestión de citas médicas y la entrega de información, las respuestas mostraron un contundente y casi unánime rechazo, indicando que estas plataformas reivindican la "deshumanización" de la atención, y que pocas veces cumplen su propósito de canalizar los servicios:



Fruto de la crisis sanitaria, la utilización de los **entornos digitales** se aceleró en diferentes esferas de la vida cotidiana.

“No funciona tanto [los chatbots], sí, yo creo que, en términos de salud, no hay nada como que uno se siente con otro ser humano, que te entienda que duele, que te entienda que arde, que te entienda que te está molestando de verdad, y que de pronto tenga esa empatía y ese sentido humano” (Mujer CIS 2 en Mitú, comunicación personal, 26 de abril de 2022)

“Sí, es un poco demorado, sería más eficaz con el número de teléfono y la llamada y hablas con la persona como más rápido o la conversación es mucho más fluida por los números siento que la conversación no es tan personal.” (Mujer CIS 2 en Soledad, comunicación personal, 20 de abril de 2022)

“pero cuando he estado con BOT, eso es horrible, eso es como que me van a hacer perder 10 minutos de mi tiempo con ese BOT y luego ya me remiten a una persona y ya con la persona le pregunto, buenas, sí señora, le pregunto, y eso me ha pasado en callcenters, es horrible” (Actor local 1 en Popayán, comunicación personal, 22 de marzo de 2022)

Pese a estas resistencias, se resaltaron algunos elementos positivos de la telemedicina relacionados con la posibilidad de personalizar las interacciones y de acortar los tiempos de espera para la asignación de citas, esto resultó especialmente significativo para la población con experiencias de vida trans y personas no binarias:

“Para las personas trans es un espacio muy hostil el ir a los servicios de salud, desde el momento en que entramos y no nos dicen por nuestros nombres o no utilizan nuestros pronombres, si uno no ha cambiado o simplemente el sistema no ha renovado, que de repente lo llamen a uno por esos megáfonos con el nombre anterior o que los mismos doctores utilicen el nombre que no es porque lo que dice el sistema, sí, o sea, es muy complejo el tema de la presencialidad, es muy difícil, te expone un montón, muchísimo, o sea, yo sé que al menos si el doctor me trata mal por mis pronombres en una videollamada yo puedo cerrar esta videollamada, yo puedo decir que deseo ver otro médico, apagar el computador y estar en un lugar seguro, no estoy en un consultorio exponiéndome a que esta persona tenga otro tipo de violencia. (Hombre trans 1 en Bogotá, comunicación personal, 28 de marzo de 2022)

“Realmente que haya diferencia como tal, no mucha, porque ya uno, como que está acostumbrado a ir al médico y que el médico lo revise todo, yo creo que hasta funciona, y es un gran mecanismo para priorizar las cosas que, de verdad, ameritan que tú vayas a una EPS, entonces a mí me ha gustado, yo he accedido varias veces a teleconsulta, sin ningún problema, de hecho, varias cosas, no solo medicina, sino muchísimos procesos, que le ahorran tiempo a uno, entonces sí, me ha funcionado perfectamente, yo

sí lo he hecho". ((Mujer CIS 2 en Mitú, comunicación personal, 26 de abril de 2022)

6.2. Aborto en espacios digitales

Con este contexto en mente, las conversaciones sobre aborto, autocuidado¹³ y telemedicina revelaron puntos de vista en tensión. Algunas personas evidenciaron escepticismo frente a la posibilidad de que el acceso al aborto con medicamentos en la modalidad de telemedicina pueda ser abordado de manera segura, argumentando posibles escenarios de riesgo por falta de información o por resultados adversos que pudieran poner en riesgo la vida de la persona durante el procedimiento, esto resultó especialmente prevalente en los testimonios de personas que sólo han tenido procedimientos de aborto en la presencialidad y para quienes no han tenido ninguna experiencia de aborto. Esto puede estar relacionado con cómo las narrativas de aborto farmacológico en el país heredan el estigma que asocia estos procedimientos con acciones peligrosas e inseguras que ocurren en la clandestinidad de las farmacias y clínicas de garaje, a la vez que se articula a la falta de información en torno al aborto con medicamentos y aún más en modalidad de telemedicina:

"No, pues admiración y respeto, o sea, en verdad es una decisión totalmente difícil, o sea, siento que si a mí me pasara la verdad yo no sé qué haría porque me da como mucha cosa meterme no sé pastas o no sé, es raro, en esas películas que uno ve y a veces salen mal, entonces muy maluco." (Mujer CIS 5 en Bogotá, comunicación personal, 1 de abril de 2022)

"Mire, la pandemia nos obligó a avanzar cien años, pero bueno, mira, de hecho, eso ya se usaba antes, solo que estaba prohibido, no sé si antes escuchaban unas pastillas que se llaman Cytotec¹⁴. Unas pastillas con las que

13. Autocuidado entendido como "la capacidad de los individuos, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir la enfermedad, mantener la salud y hacer frente a la enfermedad y la discapacidad con o sin el apoyo de un trabajador sanitario. Por lo tanto, el ámbito del autocuidado incluye la promoción de la salud, la prevención y el control de las enfermedades, la automedicación, la prestación de cuidados a las personas dependientes, la búsqueda de atención hospitalaria/especializada/primaria en caso necesario, y la rehabilitación, incluidos los cuidados paliativos. Incluye una serie de prácticas y enfoques de autocuidado" (Organización Mundial de la Salud, 2022b)

14. Este medicamento no posee registro sanitario en Colombia y desde el 2016 INVIMA (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos) ha advertido de los peligros de uso. El laboratorio que lo comercializaba (Pfizer) lo retiró del mercado en Colombia en el 2014 de manera definitiva (El Espectador, 2020)

una abortaba, Cytotec. Pero es un medio, pero su injerencia no era de manera oral, sino vaginal, y por ese [...] [resultado de] tantos desangres. Sí, pero era peligrosa, eran peligrosas. La gente lo utilizaba, pero no, súper súper peligrosas y por eso te digo lo de la sangre, o sea por eso es que, yo estoy con eso de que, ojo, pero no sea peligroso, ojo, o sea, porque yo no, o sea yo no he tenido la experiencia. [...] aún nosotros tenemos amigas que a veces nos dicen, no, pero es que yo no quiero abortar, porque me voy a desangrar, me voy a morir, no sé qué, voy a tener un proceso de rehabilitación [...] y si la aplicación logra llegar de una manera aclaratoria y de una manera muy... Como [para] calmar a las mujeres. [...] Claro, y, o sea, era algo clandestino, algo que yo conocí por mi mamá, [ella me decía] "no se vaya a tomar una Cytotec", y yo [me preguntaba] "¿qué será eso?", y yo, no, cuando me explican que una Cytotec, que esto que antes la gente lo pedía por internet y tú te ponías ahí en Google Cytotec, y te salían anuncios de todo eso, peligrosísimo, y claro las mujeres morían así, imagínate, algo loquísimo, y lo que hacía la gente por proteger la moralidad" (Actor local 2 en Cúcuta, comunicación personal, 5 de abril de 2022)

En contraste, para quienes manifestaron posiciones cercanas al feminismo y discursos de justicia reproductiva en las entrevistas, era común expresar mayor favorabilidad y aceptabilidad frente a este tipo de apuestas y en general visiones menos estigmatizantes del aborto. Esto era explicado en las numerosas ventajas que conocían de estas aproximaciones como posibles alternativas estratégicas para reducir algunas barreras importantes para el acceso al aborto como la falta de confidencialidad de las experiencias, los costos, los tiempos de espera, la agilidad que permitía la entrega de información oportuna, y el tipo de cuidados que sería posible desplegar durante los procedimientos:

De acuerdo con los resultados de la encuesta, los participantes indicaron que cuando se realizaron un procedimiento de aborto, **el acompañamiento en el proceso** representa un papel clave.



“Pues, yo creo que, yo creo que todo lo que, todo lo que se pueda generar en pro de que las mujeres puedan acceder en condiciones dignas y de autonomía y de respeto, a que puedan acceder a interrumpir un embarazo cuando lo requieran, por la razón que sea y más ahorita, pues... ¡bienvenido!, seguramente en otras partes del país va a ser mejor recibido, pero por estas limitantes, pues por, por el acceso a Internet, pero yo creo que... que igual hay una población sumamente digital aquí y hoy en día las jóvenes están muy motivadas con pensarse y cuestionarse pues todas las restricciones que tienen a, que socialmente se ha tenido frente al cuerpo, entonces yo creo que pues va a ser, pues seguramente en otros lugares va a ser mejor, va a ser más fácil, pero no significa que acaben el Cauca no se necesite y no pueda ser aprovechado,” (Actor local 2 en Popayán, comunicación personal, 24 de marzo de 2022)

En línea con esta favorabilidad, que no está del todo libre de cuestionamientos ante las reconocidas barreras de acceso a salud e infraestructura digital, en los testimonios y encuestas (ver tabla 5) fue resaltado el rol significativo que juegan los grupos de acompañamiento de aborto en el ecosistema¹⁵ de salud sexual y reproductiva al permitir el acceso a salud a personas usualmente excluidas de la atención oportuna a través de canales de comunicación mediados por la tecnología, y que con sus acciones han creado precedentes importantes que contribuyen a la implementación de modelos de autocuidado del aborto. Esto parece alinearse con la literatura reciente sobre aborto en contextos de estigma y criminalización en los que modelos de salud comunitarios están informando nuevas apuestas de políticas de cuidado en la salud pública en otras regiones del mundo (Braine, 2020).

De acuerdo con los resultados de la encuesta, los participantes indicaron que cuando se realizaron un procedimiento de aborto, el acompañamiento en el proceso representa un papel clave, ya sea de la pareja, de un asesor (a) o proveedor de servicios, o de amigos, amigas y/o amigas. Por otra parte, resalta el rol que están desempeñando los grupos o colectivos feministas durante el proceso. El 7,3% de los participantes recibió el apoyo de un grupo feminista durante el procedimiento, particularmente a la población adolescente de 13 a 19 años (10,5%). Estos grupos colectivos operan a nivel comunitario, a través de redes que trascienden los límites de lo local (existen conexiones con otras colectivas u organizaciones del orden nacional

15. El uso del concepto de ecosistema a lo largo del documento se basa en las propuestas conceptuales de IPAS que lo definen como “una condición dinámica en la cual partes interesadas y sistemas locales resilientes rinden cuentas y se comprometen activamente a defender el derecho al aborto y a ser sensibles a las necesidades de aborto de todas las personas”. (IPAS, 2022)

e internacional) donde se han establecido rutas de acompañamiento y roles definidos, que permiten que se mitiguen los riesgos de sufrir prejuicios o ser víctimas de discriminación por la decisión tomada y que, además, cuestionan abiertamente la hegemonía del saber médico y la necesidad de contar con el acompañamiento para la realización de abortos cuando estos se hacen de manera temprana, como parte del ejercicio del derecho al aborto seguro (Profamilia, 2020).

Tabla 5. Personas que le ayudaron en su procedimiento de aborto

Quién le ayudó a abortar	Grupos de edad			Ingreso mensual aproximado					Total
	13-19	20-24	25-28	No tiene ingresos	0 - \$500.000	\$500.001 - \$1.000.000	\$1.000.001 - 2.000.000	\$2.000.001 o más	
Pareja	31,6	29,8	32,4	26,3	30,5	34,6	33,7	29,4	31,0
Asesor o asesora	21,1	23,9	24,1	18,4	21,0	24,7	34,9	19,1	23,7
Un proveedor privado de servicios de salud	7,9	21,0	22,9	14,5	15,2	19,8	27,7	27,9	20,6
Amigas, amigues, amigos	21,1	22,9	14,1	17,1	18,1	19,8	21,7	19,1	19,1
Nadie	23,7	12,2	9,4	17,1	13,3	8,6	7,2	14,7	12,1
Un proveedor público de servicios de salud	7,9	10,2	14,7	5,3	11,4	11,1	16,9	14,7	11,9
Otra	7,9	9,3	11,2	14,5	11,4	4,9	8,4	10,3	9,9
Grupo feminista (grupo de acompañamiento)	10,5	7,8	5,9	6,6	7,6	9,9	8,4	2,9	7,3
Familiares	10,5	6,3	5,9	7,9	8,6	3,7	4,8	7,4	6,5
Servicio en línea (Hotline)	0,0	5,4	3,5	2,6	4,8	4,9	4,8	2,9	4,1
Organización de base y/o comunitaria	7,9	2,4	2,4	2,6	3,8	6,2	1,2	0,0	2,9
Prefiere no responder	2,6	4,4	0,6	5,3	4,8	1,2	1,2	0,0	2,7
Una organización internacional	2,6	0,0	1,2	0,0	1,0	1,2	0,0	1,5	0,7
Total casos	38	205	173	76	106	82	84	68	416

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recolectados en la encuesta virtual.

Las entrevistas trazaron elementos diferenciales contundentes entre los procedimientos de aborto por telemedicina que se dan desde contextos clínicos y los acompañamientos proporcionados por grupos, colectivos y organizaciones de base que usan tecnologías como plataformas de contacto. Aunque a primera vista ambos procesos parecen seguir pasos similares en la provisión de medicamentos y orientaciones para su uso, en el fondo son percibidos como aproximaciones mutuamente complementarias, pero fundamentalmente distintas. Algunos de estos factores diferenciales mencionados, por ejemplo, tienen que ver con cómo en los grupos de acompañamiento se posibilita la promoción de la salud y el bienestar a través del cuidado y el afecto; el despliegue operativo de procedimientos basados en principios de flexibilidad para iniciar, acelerar, pausar y detener procesos (esta última concebida como una acción "imposible" en consultas médicas formales); el uso de lenguajes cotidianos, cercanos y sencillos para orientar los procesos; la financiación colectiva de las iniciativas y procedimientos de quienes no lo pueden pagar; la combinación de prácticas "naturales" de la salud relacionadas a la medicina tradicional; el seguimiento personalizado y sistemático de cada caso incluso por varias semanas después de terminado el procedimiento; sólo por mencionar algunas.

"por ejemplo, ni Profamilia, ni médicos privados, ni las EPS, ni nada, pueden, no sé, como que difícilmente se toman el tiempo para escuchar la emocionalidad que vive cada persona. Y esa persona quiere contarte eso, o sea, quiere contarte que ha terminado mil veces con su ex y que no es la primera vez que está en, qué bueno, sí, que está gestando y que ya lo ha hecho, pero que sí, que su ex es un perro y que entonces no sabe qué hacer y qué no la acompaña, eso es lo que esa persona quiere, que la oigas, esa persona siente más confianza en ti como activista en contarte eso, así nunca te haya visto en la vida, porque no sé, cree que estás más dispuesta a escucharle, en cambio, si llega a la oficina donde un médico, no siente que al médico le puede decir," mire, es que mi ex es un perro", sabes, o sea como que sienten que hay una formalidad y una jerarquía con médico versus paciente, que no le permite vivir esa emocionalidad. [...] para mí también ha sido como poder tener el momento de que te digan como gracias, como mira y yo siento que eso, no sé si pase, pero yo creo que es más difícil por lo que te digo de la jerarquía con el médico o la médica, le medique, que digan como "ay, voy a decirle al médico al chat", como "ay muchas gracias, para mí fue muy importante que usted estuviera ahí", porque es como el médico ¿qué putas le va a importar?, en cambio cuando sienten que es otra persona, incluso quizá un poco más con la psicología o si es con tipo, por ejemplo, conmigo, que soy como un acompañante que entiende que no me pagan por hacer eso, que estoy sacando tiempo aparte y todo el rollo, sí, también incluso se da en el espacio para decirte como "gracias, es muy lindo, que lindo haberte conocido, no sé qué, cuando pueda ayudarte

en algo", entonces como que hasta eso necesitan como hasta ese momento" (Persona no binaria 3 en Popayán, Comunicaciones personales, 23 de marzo de 2022)

"Ah sí, Yerbateras hizo un proyecto con Fondo Lunaria y crearon kits de herbarios para acompañar abortos y nos dieron unos paquetes acá, entonces cuando se conocía algún caso de alguna chica que iba a hacer, a hacer un aborto en casa, lo que hacía era que se los mandábamos, o sea de forma gratuita, venía un implaste, un aceite, una bolsa de té, una almohadita y una tintura. Sí, eso es como algunos de los elementos que se enseñan, de cómo se hacen los cuidados, entonces ellas mandaban el kit y con el libro acompañaban. Forma de probar como eficacia ahí, porque además yo creo que es un acompañamiento desde, desde los afectos, por ejemplo, para nosotras es importante eso, que sea como desde el cuidado de la persona, y no como desde el juzgamiento que puede darse, porque precisamente si uno se siente como juzgado, evaluado pues simplemente no voy a ir, y si la persona que me entrega ese servicio es eso, entonces no, entonces como que ahí hay que pensar en esas opciones [...] yo creo que esa es la sensación del aborto auto gestionado, que Las Parceras son como una de las principales redes, es una de las principales y está saturada, esa es como la sensación que hay, ahí como conociendo y es como, como que sí, como que no dan abasto pa' todo lo que de pronto se necesita en todo el país" (Actor local 1 en Popayán, comunicación personal, 22 de marzo de 2022)

"yo siento que [las entidades prestadoras de servicios de aborto deben aprender] un proceso de verdad genuino, muy situado, muy emocional sobre lo que implica cuidar a alguien en un proceso como una interrupción del embarazo. Sería muy útil, o sea, cuidar más que dar información ¿sí? Como, saber que puede haber muchas violencias de personal médico que pueden hacer que una persona desista. Yo siento que eso es algo que tiene que aprender" (Mujer CIS 3 en Bogotá, comunicación personal, 29 de marzo de 2022)

"Pues digamos depende como la persona como quiera hacerlo, hay personas que se sienten más seguras yendo a un lugar, pero entonces no quieren ir solas, pero nosotres les acompañamos [...] Sí, entonces es ahí también hay que entender que muchos de los casos de aborto de personas trans pues son, por violencia sexual, entonces ahí también hay otros rezagos que quedan en el cuerpo, que requieren otro tipo de apoyos, entonces digamos que lo que sería chévere que quedara aquí, es que para nosotres el proceso de acompañamientos de abortos es un acompañamiento que sobre pasa la expulsión ¿sí?, o sea como que ese no es el centro de, ese es un momento más de todo el proceso y hay muchas otras cosas que hay que contemplar en la experiencia de la persona, sin entrar a re-victimizarse,

tampoco sin entrar a sobre complejizar esto no, tampoco lo convertimos en la cosa más compleja e inalcanzable, porque tampoco lo es y en muchas ocasiones es supremamente tranquilo, pero nosotres, sí estamos pensando en un montón de cosas con preguntas sencillas, ¿qué apoyos podemos brindarle a personas, pero sin sobrecargarle de información? [...] la información hay que saber a la administrarla, porque si al comienzo le botas mucha información la persona se va a asustar, se va a poner ansiosa, le evitas información pues también las estás infantilizado, como que algo que ayuda a tener un montón a tener un proceso de aborto tranquilo y hablando con las personas es la información. Pero además de esto con las transmasculinidades hay una necesidad, es un seguimiento de salud mental que no se hace, nosotros lo hacemos pero sabemos que no somos los únicos que acompañamos y muchos ponen a un lado su identidad para acceder a un aborto y es muy fuerte, entonces sí se necesitaría no sé si de la mano por el movimiento social o con investigación médica, como [que indague por los] ajustes con respecto al cuerpo físico" (Actor local 1 en Bogotá, comunicación personal, 30 de marzo de 2022)

Partiendo de la convergencia entre la autonomía y el acompañamiento, estas aproximaciones al cuidado, entendido como una actividad que está en el centro de las expectativas en los procedimientos de aborto, pueden ayudar a orientar el diseño de las interacciones y puntos de contacto con las personas usuarias para mejorar la calidad de la atención al tiempo que activamente contribuyen a fomentar su autonomía. Permitirles decidir sobre el tipo de acompañamiento que desean, proveería un punto de partida sencillo y lógico en el marco de procedimientos y acciones a desplegar que ayudaría a atender al amplio espectro de necesidades de las personas que abortan. Se suma además la sentida necesidad de integrar guías y recomendaciones para posibles prácticas holísticas seguras que se puedan realizar durante los procedimientos de aborto, que, racionalizadas en los testimonios, permiten a las personas percibir más control sobre sus cuerpos, sobre la recuperación a la que activamente desean aportar, y al derecho que se les reconoce de agenciarse su autocuidado.

7. Necesidades del autocuidado del aborto en retrospectiva: algunas guías para el diseño

Ahondar en las necesidades percibidas por la población para acceder al derecho al aborto es un ejercicio que debe partir de examinar en detalle las barreras identificadas en los contextos y experiencias de las personas que han abortado. Así, esta sección pretende profundizar sobre seis grandes barreras que se identifican en el marco de la investigación y frente a las cuales la solución digital tiene la oportunidad de contribuir a su cierre, diseñando acciones, contenidos y herramientas específicamente orientadas a abordarlas, atenderlas y reducirlas. Para ello se tomarán los resultados obtenidos tanto de la encuesta aplicada como de las entrevistas a profundidad realizadas para aportar elementos que ayuden al análisis.

De acuerdo a los resultados obtenidos de la encuesta aplicada, 636 personas (11%) tuvieron un embarazo no planificado entre el 2020 y el 2021, de ellas 163 accedieron a un procedimiento de aborto (inducido con medicamentos o por métodos quirúrgicos).

Entre las 163 personas que accedieron al procedimiento, las principales dificultades para acceder a los servicios de aborto se relacionaron con: El costo del procedimiento (59,5%), el juicio moral por parte de los prestadores de servicios de salud (42,9%), la falta de acceso a información (33,1%), la falta de servicios amigables (22,7) y la poca disponibilidad de medicamentos (19%) (Ver tabla 6).



Las tres principales dificultades para el acceso al aborto fueron: el **costo del procedimiento**, el **juicio moral** por parte de los prestadores de servicios de salud, y la **falta de acceso a la información**.

Tabla 6. Principales dificultades experimentadas en el acceso a servicios de aborto médico y quirúrgico

Tipo de dificultad	Grupos de edad			Ingreso mensual aproximado					Total
	13-19	20-24	25-28	No tiene ingresos	0 - \$500.000	\$500.001 - \$1.000.000	\$1.000.001 - 2.000.000	\$2.000.001 o más	
Costo	80,0	65,3	47,1	70,0	55,6	66,7	66,7	33,3	59,5
Me sentí juzgada / juzgade / juzgado por los proveedores del servicio	50,0	42,7	41,2	45,0	40,0	44,4	44,4	41,7	42,9
No tenía el conocimiento o la información	35,0	41,3	23,5	35,0	33,3	29,6	37,0	29,2	33,1
No hay servicios amigables para los jóvenes disponibles para mí	35,0	22,7	19,1	22,5	28,9	22,2	18,5	16,7	22,7
No hay medicamentos disponibles en las farmacias	25,0	17,3	19,1	15,0	22,2	11,1	37,0	8,3	19,0
El proveedor de atención médica no quería proporcionar el servicio	25,0	18,7	11,8	15,0	17,8	22,2	18,5	8,3	16,6
Falta de servicio en mi ciudad/pueblo	25,0	12,0	13,2	10,0	22,2	11,1	14,8	8,3	14,1
Otra	5,0	6,7	16,2	5,0	8,9	0,0	18,5	25,0	10,4
Transporte	5,0	16,0	4,4	10,0	15,6	3,7	14,8	0,0	9,8
El proveedor de atención médica no sabía cómo proporcionar el servicio	15,0	8,0	10,3	10,0	8,9	11,1	11,1	8,3	9,8
Demasiado tarde en el embarazo	15,0	6,7	8,8	7,5	11,1	3,7	14,8	4,2	8,6
No sabe/ No responde	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	3,7	0,0	0,0	0,6
Total casos	20	75	68	40	45	27	27	24	163

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recolectados en la encuesta virtual.

En los tres grupos etarios que componen la muestra de la encuesta aplicada, se identificó que las tres principales dificultades para el acceso al aborto fueron el costo del procedimiento, el juicio moral por parte de los

prestadores de servicios de salud, el cual puede estar relacionado por el estigma social que aqueja al país frente a la decisión de un aborto, y la falta de acceso a la información. Por su parte, teniendo en cuenta el nivel de ingresos de las personas que contestaron la encuesta, se logró evidenciar que, aunque el costo continúa siendo la principal barrera, cuando el nivel de ingreso es superior los dos salarios mínimos, la priorización cambia y son los juicios morales que sufre una persona que se realiza un aborto por parte del prestador del servicio, la principal razón.

Por otra parte, estos resultados resaltan que otra de las principales dificultades de acceso es la falta de servicios amigables disponibles lo que representó una barrera significativa para procedimientos de aborto para el 35% de personas jóvenes participantes. Esto podría relacionarse con la poca generación de espacios de discusión técnica e impulso a las entidades prestadoras del servicio de salud a promover la adaptación de los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular la atención en aborto pensando en las necesidades, identidades y circunstancias de las mujeres, hombre con experiencia de vida transmasculina y personas no binarias asignadas mujeres al nacer, y en la poca difusión de la información de calidad a nivel nacional sobre disponibilidad de servicios, dónde y cómo encontrarlos de forma clara y libre de cualquier estigma (Profamilia 2020).

A continuación, se ahondará en estas y otras grandes barreras documentadas como del ecosistema de aborto y frente a las cuales la solución digital tiene la oportunidad de contribuir a su cierre, diseñando acciones, contenidos y herramientas específicamente orientadas a abordarlas y reducirlas:

1) Información

Como fue explicado en secciones anteriores sobre cómo las personas buscan y encuentran información acerca de salud sexual y salud reproductiva, el acceso a procedimientos de aborto seguro está condicionado de muchas formas a la información que se tiene de esta práctica, de dónde y cómo se lleva a cabo, qué respaldos jurídicos le rodean, qué implica a nivel biológico, logísticamente qué se debe tener en cuenta, y otras interrogantes que manifestaron tener las personas con estas experiencias antes de sus procedimientos. Esta visión concuerda con los resultados de la encuesta, para aproximadamente el 33% de las personas participantes que tuvieron algún procedimiento de aborto en los últimos dos años, la falta de información se consolidó como la tercera barrera más reportada en todos los grupos etarios y niveles de ingreso. Estos resultados podrían estar directamente relacionados con la necesidad de continuar con la realización de campañas preventivas e informativas acerca de Educación Integral para la sexualidad, pero también con la necesidad de que se realice difusión efectiva tanto

de la normatividad vigente luego de la despenalización del aborto hasta la semana 24, como de las instituciones prestadoras de servicios con el fin de garantizar acceso a servicios de aborto seguro.

A nivel general, frente al acceso a información hay cuatro necesidades fundamentales en las narrativas de las experiencias de las personas participantes: I) el uso de un lenguaje cercano a las experiencias de las personas, II) la posibilidad de encontrar centralizada toda la información, III) la confiabilidad de los datos incluidos, y finalmente IV) la posibilidad de tener canales abiertos de manera permanente para la resolución de inquietudes.

"Creo que el proceso [de aborto con MIA] fue muy frío, aunque de por sí el proceso es frío porque fue dos citas y "toma tus pastas". Aunque fue bueno porque el proceso es rápido, fue algo como... muy frío y como que uno queda como que ¡ay! (Risas) como con cierta repercusión de que es como un proceso bastante frío, de pronto un acompañamiento como más mutuo, un poquito más humano, que te digan de pronto, o sea, que te digan de pronto sea un poquito más abierto a darte más información o cosas así, porque digamos aunque tuve de pronto el acompañamiento de una persona, una persona de mi entorno creo que fue muy frío el proceso porque fue como preguntas muy secas y es como difícil tú contestar una pregunta tan seca en un momento como tan sensible en tu vida." (Mujer CIS 2 en Bogotá, comunicación personal, 29 de marzo de 2022)

"Es más, cuando mi amiga realizó el proceso, ella sabía que el proceso existía y todo, pero ella no sabía cómo era, qué le iban a hacer, qué tanto iba a doler, cómo iba a ser después, esas cosas ya le explicaron cuando ya estaba ahí en el sitio, pero no es algo que usted lea y dice aquí te vamos a realizar esto y esto y esto, después no, eso no es así, es cuando ya, ya digamos a Profa, que allá mismo le explican, pero no hay así digamos que en la página web pongan: "vamos a realizar esto y te vamos a aplicar esto", esa información la dan es cuando usted ya va a acceder como tal al servicio, entonces sería bueno que hubiera esa información [antes] para que la gente sepa, tenga claridad. No sé si [me haría sentir] más tranquila o más intranquila, porque de saber lo que va a pasar..., pero por lo menos saben, así sea traumático o no traumático, pero por lo menos saben qué le van a hacer, porque cuando usted ya está allá es que ya está allá, pero si usted con anterioridad sabe, entonces como que usted se va preparando, bueno, a mí me va a pasar esto, esto y esto, voy a hacer esto, así como digamos la entrevista, te voy a preguntar esto y esto, cuando usted quiera se puede ir, pero si yo llego y después siento ganas de irme [no sé si puedo]" (Mujer CIS 2 en Cúcuta, comunicación personal, 5 de abril de 2022)

"Si, por ejemplo, puede haber como una sugerencia que diga: "si necesitas más información", así como que, o como que "si no entiendes algo, comuníquese a este número", o "ponga que sí y la llamamos", no sé, algo así, y tratar que la gente que maneje, digámoslo en ese caso de las llamadas, sea un poquito como... más empática [...] que se trate como de manejar ese tipo de empatía, yo sé que estar recibiendo llamadas a cada rato cansa o lo pone de mal genio a uno, pero creo que en este caso de las cosas, de cuestiones del aborto, creo que la gente debe entender que es un proceso difícil, que uno no puede como que hablarle como con un tono brusquito a la gente, porque como que se va a sentir [mal], entonces como que tratar de que la gente sea un poquito más, como, cómo le digo, que tiene como más ese calorcito, que transmite ese calorcito de acompañamiento por las llamadas" (Actor local 4 en Popayán, comunicación personal, 23 de marzo de 2022)

La centralidad de esta barrera en los testimonios hace mucho sentido si se considera que, en efecto, la información es un componente central en el fortalecimiento de prácticas de autocuidado del aborto y se constituye como un elemento clave en procesos de autonomía, sin embargo, es importante no sobreestimar su rol en la reducción de prácticas inseguras o en la resolución de todas las inquietudes en contextos de aborto.

La OMS hace énfasis en este hecho al aclarar en su guía sobre auto asistencia en contextos de emergencia sanitaria, que no todas las personas gestantes requieren el mismo nivel de apoyo en procesos de autogestión, por lo que es clave considerar que las poblaciones vulnerables puedan necesitar más información y/o apoyo para tomar decisiones fundamentadas sobre el uso y la aceptación de esas intervenciones a fin de evitar el aumento de vulnerabilidades que se incrementen por decisiones no tomadas desde la autonomía sino desde el miedo o por la falta de alternativas (OMS, 2019, 5).

Aún con estas limitaciones, equipar a la población que toma la decisión con la información apropiada, puede ayudar a que las personas entiendan las opciones a las que tienen derecho y que tienen a su disposición, a crear un lenguaje común con el personal médico para la discusión de los procedimientos y brindaría elementos prácticos para combatir la coerción y la desinformación, y puede ayudar a las personas a tener mayor comprensión de los efectos sus decisiones sexuales y reproductivas en su proyecto de vida, promoviendo así su derecho a decidir.

2) Tiempo de espera

Se trata de una de las preocupaciones más recurrentes y prioritarias en las experiencias de aborto documentadas. Era frecuentemente racionalizada

como uno de los factores decisorios frente a la escogencia del proveedor de servicios de salud buscados por las personas que desean abortar, a veces incluso por encima del costo (otra barrera con la que guarda profunda relación), y quedando así reducido en ocasiones a "quién conteste primero".

Debido al conocido rezago de las entidades médicas prestadoras de servicios de salud frente a respuestas oportunas, a menudo el tiempo de espera asociado con la gestión de citas médicas y la aprobación de autorizaciones para los procedimientos era un factor que desalentaba la activación de rutas institucionales para acompañar los procedimientos, y en su lugar les motivaba a la búsqueda de alternativas expeditas, clandestinas y locales. Es en este tipo de contextos los grupos de acompañamiento de aborto están cerrando una brecha muy importante frente al acceso a procedimientos más seguros, pero debido al alto número de consultantes se ven en la necesidad de priorizar algunas atenciones y en ese ejercicio se diluye o pierde el contacto con una parte las personas consultantes:

"pero muchas deciden como que, pues sacan la cita [en Profamilia], pero como se la dan para después de 15 días o demás, pues deciden buscar las pastillas por otro lado, o pues por el temor de que, de que avancen las semanas, porque pues también esta como que eso de que hasta ciertas semanas se puede [con pastillas] [...], entonces deciden hacerlo por otro lado, porque suele ser el proceso lento, al menos en la sede Cúcuta. [...] Muchas nos escriben y la siguiente comunicación es en dos semanas, pues también no solo el tema de comunicación, sino me imagino el tema personal que estén pasando, pero pues eso es como con paciencia, la verdad, nos toca, pues sí, ser consientes como de las condiciones, buscar la forma también, pues si ellas no pueden de comunicarnos nosotras" (Actor local 1 en Cúcuta, comunicación personal, 4 de abril de 2022)

El **tiempo de espera** es una de las preocupaciones más recurrentes y prioritarias en las experiencias de aborto documentadas.



"De pronto la rapidez de respuesta, porque creo que a veces uno llega y le ponen un canal, digamos en Facebook, y uno llega y escribe y no le responde nadie y luego de ese canal te remiten a otro canal, o sea [hay vacíos en] la claridad en los puntos de contacto, porque como que me ha pasado, como que estoy queriendo y busco, o sea como que la información no sea diferente en los puntos, digamos si busco en Facebook, si busco en WhatsApp, si busco no sé, en lo que sea que busque, si busco en Google, que sea como el mismo lugar y que me atiendan lo más pronto posible, porque es como que no, un día, dos días, no sé si me van a responder jamás o nunca, no sé, es como que la rapidez de respuesta, y ya pues de ahí, pues sería todo" (Actor local 1 en Popayán, comunicación personal, 22 de marzo de 2022)

"Me dijeron que no había citas en ese momento, yo quería como salir rápido del problema porque a mí los embarazos me dan muchos síntomas de vómito y yo no quería que nadie se diera cuenta en mi casa porque yo ahora vivo con mi mamá nuevamente. Entonces yo soy un poco desesperada y me desesperé, al día siguiente que "no, yo no voy a esperar", no me dijeron que no había cita, sino que era como a la semana, todavía estaba a tiempo porque no tenía mucho tiempo de embarazo y fui a la... bueno, acudí a esa persona, compré las pastillas, me las tomé, estuve en mi casa sola en la noche, me lo hice en la noche y empecé con un sangrado muy leve, no muy grave, luego ya se fue aumentando y yo creí que ya había terminado entonces hice un proceso para... como dicen que uno se lo toma y que luego es después del sangrado si botas coágulos y no sé qué ya expulsaste todo, luego no, pasaron como dos semanas y yo me seguía sintiendo rara, me seguía sintiendo embarazada, la verdad. Entonces yo dije: "No, yo voy a ir a la EPS", entonces fui y nuevamente no dije que había tomado nada, dije que yo había descubierto que estaba embarazada, porque los médicos tienden mucho a juzgar, de hecho, cuando dije que estaba embarazada me dijeron "felicidades", ni siquiera me dejaron terminar de explicar porque iba al médico. Luego me hicieron un examen y una ecografía, pues se dieron cuenta de que ya había un daño y me remitieron a una clínica que fue la peor experiencia de mi vida, me fue mal, estuve allá, fui en la noche, las enfermeras me ignoraban. Luego en el día me dijeron que fuera al día siguiente porque no había camillas para hacer ningún tipo de procedimiento, fui al día siguiente temprano, estuve todo el día esperando, recuerdo que sentía... luego ya nuevamente te dan un medicamento el mismo medicamento como para que dilates y botes todo, me dieron el medicamento y recuerdo que sangré muchísimo, muchísimo, nunca en mi vida había sangrado tanto, cada rato llegaba el doctor y me hacía control, me metía los dedos y llegó un momento en que me metió los dedos tan duro que me salió un montón de coágulos y de sangre, llené toda la cama, [...]. Entonces fue lo... o sea, fue muy traumático porque sentí que en ese lugar

me... o sea como era todas las personas que estábamos ahí, todas las mujeres que estábamos para un legrado, nos trataban como que no importan, de último, como que no es urgente, como que [me decían] "bueno si tienen dolor, pero eso ya se te va a pasar, es normal que te sientas así"". (Mujer CIS 3 en Soledad, comunicación personal, 20 de abril de 2022)

En estos contextos, considerar posibilidades de atención expedita que ofrece la alternativa de telemedicina para el autocuidado del aborto no sólo es estratégico en el contexto de la pandemia, sino que también se trata de una respuesta urgente que puede habilitar la atención del aborto como urgencia médica y como derecho constitucional. Esto, además, se puede articular como potencial respuesta ante los lineamientos emitidos en la circular 044 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

3) Costo

Mencionada en las entrevistas y encuestas como el principal obstáculo para acceder a los procedimientos, fue calificada como la principal dificultad experimentada en todos los grupos de edad y en casi todos los niveles de ingresos, salvo por quienes reportaron ganar más de dos salarios mínimos, para este grupo fueron los prejuicios del personal prestador de servicios lo que se constituyó como la principal dificultad. La Tabla 6 revela que esta priorización tiende a disminuir a medida que aumenta la edad y el nivel de ingresos, lo que puede corresponder a indicar que son las personas más jóvenes las que se encuentran en mayores escenarios de vulnerabilidad, quienes cuentan con menor autonomía económica, y que se trata de un obstáculo que puede sortearse en los grupos en la medida en que puedan.

Es un determinante fundamental que define la calidad de los servicios a los que pueden acceder los grupos poblacionales y que está relacionado profundamente con la autonomía económica, por lo cual fue reconocido en la nueva sentencia de la Corte Constitucional como un argumento aceptado que evidencia las desigualdades perversas que se configuran para grupos socioeconómicamente vulnerables.

Juega especialmente en formas desfavorables para la población joven que se encuentra estudiando y no cuenta con recursos propios, para quienes trabajan en la informalidad o son el principal sostén económico en sus hogares, y en la ruralidad (donde los salarios suelen ser más bajos) también tiene afectaciones específicas que inciden en las posibilidades de desplazarse a otros municipios en búsqueda de procedimientos confidenciales y más seguros. Así lo explican los testimonios recogidos:

“Bueno, de las preocupaciones que nos manifiestan las personas jóvenes, una, pues es la económica, porque pues siempre piensan que va a tener algún costo y pues son personas que no se mantienen por sí mismas, entonces primero eso es una barrera y pues una de las razones por las que deciden interrumpir, y pues es algo que se les hace difícil, porque no, pues los mantienen los padres de familia y demás, y pues obviamente no quieren que se enteren. Y yo creo que también ahí tiene que ver mucho, uno, los privilegios de clase, que tiene que ver con que si tú eres pobre o no tienes este mes para hacer digamos el procedimiento, entonces, o sea una forma de acudir al servicio es como, o la caridad o el trato indigno, entonces como que, eso también le quita mucho, por ejemplo la red de apoyo es como que: “¿usted qué necesita?” y “si no hay plata pues nos lo levantamos y vamos a cuidarte de todas maneras”, o sea, sea cual sea las condiciones de las que partimos, vamos a estar como en red, como y entonces eso es como importante, creo. (Actor local 1 en Cúcuta, comunicación personal, 4 de abril de 2022)

Frente a estos razonamientos, la implementación coordinada de servicios para apoyar el aborto encuentra en la telemedicina una modalidad favorable que permitiría reducir significativamente numerosos costos asociados a los procedimientos; y aunque aún tiene un largo camino que recorrer para hacer que estos costos no tengan un efecto barrera en la población usuaria, por el momento puede pensar soluciones ágiles como la de ofrecer alternativas claras para el costeo de los procedimientos, tratase de una persona en el régimen contributivo, subsidiado o por fuera de ambos (en el caso de personas migrantes sin documentación de estado regular de permanencia).

4) Privacidad y confidencialidad

La privacidad es un derecho constitucional protegido a nivel nacional por el artículo 15 de la Constitución Política en la que se establece que “todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar”. Pese a esto, en contextos sociales donde el aborto aún tiene un estigma significativo, la confidencialidad de las prácticas es un problema mayúsculo que interpone barreras importantes para la población joven entrevistada.

Especialmente en los municipios pequeños, hay graves sanciones sociales y simbólicas para quienes públicamente son señalados por acceder a procedimientos de manera formal o clandestina. Esto tiene que ver con las formas en las que se interpreta el aborto como una acción que reconfigura los roles de género y desafía la idea de destino biológico en cuerpos de personas asignadas mujeres al nacer. Tales sanciones limitan las posibilidades del colectivo social para ejercer regulación de la sexualidad

y la reproducción. Esto es cierto para mujeres cis género, hombres con experiencia de vida transmasculina y personas no binarias entrevistadas, pero tiene manifestaciones sociales distintas según su identidad de género pues entra en diálogo y conflicto con las ideas de maternidad-paternidad y cuidado asignadas socialmente a sus roles.

Hay tensiones en estas prácticas, pues por un lado aparecen en relación con el temor a la violencia que puede traer la divulgación de las experiencias, pero por otro también enmascaran posibles sentimientos de vergüenza asociados al aborto que subyacen a prácticas de silencio en las que se populariza la idea de que se trata de una "transgresión" que hay que encubrir y ocultar.

"Otra que seguramente tiene mucho que ver es el hecho de la vergüenza en el sentido que hay muchos hombres trans que tienen en su imaginario que los hombres no se embarazan entonces si viven esto lo viven en silencio porque tienen vergüenza de reconocer que tienen una capacidad reproductiva por el miedo al rechazo social, por el miedo a la violencia que pueden sufrir, entonces y yo por ejemplo lo sé y lo viví con mis amigos que han quedado en embarazo y que han tenido hijes; tú dices que estás embarazado y uno: nadie te cree; dos: eres un bicho raro, ponen en duda tu identidad de género, entonces si tú te quedaste embarazado. Entonces tú "no eres un hombre", "tú no eres un hombre trans, porque los hombres trans no se embarazan, eres una mujer", entonces niegan completamente tu identidad. Entonces a partir de todos esos miedos pues seguramente los chicos lo viven muy solos, probablemente si tuviera una situación de aborto la viviría muy solo o la viviría solo con personas muy cercanas porque no me interesa recibir ese tipo de ataques, o sea, como saber que puedo abortar en silencio me evitaría mucha violencia." (Hombre trans 1 en Bogotá, comunicación personal, 28 de marzo de 2022)

"La verdad solo una persona sabe y es mi novio, no le hemos querido contar a nadie más porque pues yo no me siento cómoda con que si yo tuve perjuicios para hacerlo cómo será gente externa, manes, yo no quiero tener manes hablando sobre las decisiones que yo he tomado, sobre lo que yo pasé, entonces pues no me quiero exponer a ese tipo de situaciones. [...] a mí me pasó que yo tenía unos volantes que decían como "Esta es tu guía para abortar" entonces mi mamá se encuentra una cosa de esas, pues o si alguna compañera me ve con una cosa de esas pues dice como "Dios mío", pues se enteran y pues yo no quiero que se enteren. Entonces sí sería algo más como utilizar un vocabulario como disimulado de lo que se está haciendo, cómo el hecho de había otro volante que tenía el paquete que era como Mía, este es tu paquete Mía, tus pastillas, tómatelas ta, ta, ta", pero no mencionaban para que era, no mencionaban nada, entonces era

como pues bastante discreto." (Mujer CIS 4 en Bogotá, comunicación personal, 30 de marzo de 2022)

"La otra es que [las personas jóvenes] no, no tienen claro de pronto el tema de confidencialidad de las EPS o de los prestadores de servicios de salud, entonces evitan en lo posible acercarse a una EPS, ¿por qué?, por miedo a que eso le quede en la historia clínica, que quede registro de que lo hicieron [...] ah y pues la barrera de los padres de familia, que una vez se enteran, es muy difícil que ellas accedan por más que quieran interrumpir, el hecho ya de que alguien en la familia sepa, les va traer como que problemas a largo plazo para ellas. Incluso muchas nos preguntan, o sea como que, se lo hacen y nos preguntan cómo fingir un aborto espontáneo, una vez la familia se entera, para poder decir que fue un accidente y demás, y a muchas les ha tocado hacer, hacer así, o sea después del procedimiento que se van al servicio público diciendo que tuvieron derrames o algo, para que pues le, hacerlo pasar como un aborto espontáneo para evitarse problemas con la familia" (Comunicaciones personales, actor local en Cúcuta, Abril 2022)

"la madrina del niño también ya sabía, me contó. Al mes siguiente, me dijo, "yo me enteré de su embarazo, alguien me dijo, por él, usted sabe que en el hospital son muy chismosos". Y yo le dije, "¿ah sí?, tan raro". Entonces, pues yo me di cuenta que, la que se suponía que era mi amiga le había contado a ella, no quería que nadie supiera. Y a veces me da, es que es como ese, yo creo que tengo ese, esa cosita ahí de que, yo a mi mamá le cuento prácticamente todo y es como, como querer [contarle][...] Lo que pasa es que estamos en un pueblo pequeño, y eso es lo malo. Aparte, pues en el hospital [de Vaupés] no es que sean muy confidenciales, así como lo dicen, entonces, a veces uno, hasta lo piensa para ir al hospital. Sí, o sea, no tiene nada de malo que digamos que ellos sean de acá, pero sí que no respeten

En contextos sociales donde el aborto es social y culturalmente sancionado, la **falta de confidencialidad** representa un problema muy significativo.



como esa confidencialidad, porque pues la mayoría no lo hace,[...] hasta el día de hoy, él no sabe que yo lo hice, él cree que yo perdí el bebé, más, sin embargo, pues en el hospital, una exnovia de él, pues nunca le ha gustado vernos juntos, pues le dijo, que es auxiliar de enfermería, le dijo que yo había ido al hospital a pedir las pastillas. Y él me preguntó, cuando recién llegué acá, me pregunto, yo no pude decirle la verdad. [...] Pues, yo sé que es un tema que no se va a olvidar nunca, pero sí me gustaría, como, llevarlo con más calma, más tranquilidad, no darme tantos golpes y decir, es mi culpa, mi culpa, no debió pasar así. Poder como, ver a mi mamá y verla bien, no tener que verla y decir, o tener esa mirada que le estoy escondiendo algo, o ver a mi hijo, y decir, hubiese podido ser él, entonces, sí me gustaría como cambiar todo eso" (Mujer CIS 1 en Mitú, comunicación personal, 25 de abril de 2022)

La posibilidad de mantener las experiencias de aborto en la confidencialidad es una de las prioridades más mencionadas por las personas entrevistadas, se trata de una práctica que brinda alternativas de seguridad y autonomía. Mucho falta por avanzar en la desestigmatización y naturalización del aborto, pero hasta entonces, la población entrevistada ve en la solución digital una alternativa discreta en la que se puede mantener el deseo de confidencialidad sin renunciar a la posibilidad de prácticas seguras.

5) Acompañamiento antes, durante, y después de los procedimientos

De manera unánime las entrevistas revelaron que la población usuaria y potencialmente usuaria de servicios de aborto anticipa que la solución digital no sólo entregue herramientas e información para la autogestión, sino que también despliegue un sistema robusto, cálido, ágil y continuo de cuidado que permita garantizar el apoyo y el fomento del bienestar.

En las narrativas de aborto de las entrevistas subyace la idea de que el aborto es una práctica rodeada de muchas cargas simbólicas (positivas y negativas) y que conlleva un cambio biológico frente al que pueden emerger muchas preguntas. Debido a esto, ven como necesario que existan puntos de contacto permanentes que ayuden a navegar los procedimientos con todas las inquietudes, sentimientos, y resultados que puedan anticiparse, permitiendo que sea la persona usuaria quien determine hasta donde quiere llevar el proceso de contacto:

"solo hubo el acompañamiento de una llamada, [después de aborto con Mía] cómo me había ido, no me acuerdo que día fue, pero ya me habían llamado y ya, las recomendaciones de planificar, y eso fue, pero no, como, pues no sé, no sé si uno está preparado o no para hablar de la experiencia,

pero pues no, ellos no preguntaron nada de cómo había sido el proceso, ni si había estado sola, ni si, no, o sea como que eso no. No, únicamente, pues que, si había tenido alguna dificultad como de salud y eso, pero nada más, o sea no, si lo hice sola, si tuve que necesitar otras cosas, los medicamentos o cosas así, no, nada, no sé, de pronto posterior una cita con psicología, adecuado ¿no?, porque pues es duro... entonces pues uno piensa que [es importante que haya] alguien para escucharlo, para hablar, cosas así por el estilo, si hubiera sido un poquito más" (Mujer CIS 1 en Popayán, comunicación personal, 23 de marzo de 2022)

"Sí, de pronto si hubiera sido chévere como... pues yo no lo necesite tanto la verdad, pero creo que sí muchas chicas lo puede necesitar como el tema de un acompañamiento psicológico como de saber "Ok, no hiciste nada malo, está bien, no tienes que cargar con eso en tu conciencia como si hubiera sido una asesina que está matando a alguien" (Mujer CIS 4 en Bogotá, comunicación personal, 30 de marzo de 2022)

"Me hubiese gustado tener más acompañamiento psicológico durante, antes del proceso, no sentir que lo que estaba haciendo estaba mal, por lo menos, en el primer caso me hubiese gustado tener mayor información de cómo... una guía de pronto de cómo tomar una buena decisión para mi salud porque afortunadamente en ambos [abortos] salí [bien], no me pasó nada físicamente, pero me pudo haber pasado porque yo no sabía la procedencia de esos medicamentos. Me hubiese gustado tener más acompañamiento psicológico y ya en la parte médica, obviamente un trato mejor y trato humano al menos digno. Principalmente eso, o facilidad para poder acceder a ese servicio" (Mujer CIS 3 en Soledad, comunicación personal, 20 de abril de 2022)

"Eso por lo menos, para mí, eso era una duda muy grande que tenía y que busqué en el proceso [de aborto], el acompañamiento psicológico, yo siento que es algo fundamental, porque yo siempre lo digo y abiertamente, o sea yo nunca me arrepiento, jamás me arrepiento de mi decisión, pero entonces tal vez, a la hora de hablar y no callarlo, y como no sentirse culpable, ni siquiera por el hecho, sino de ocultar, por lo menos yo, eso es algo que me pesaba a mí, como que yo me llevo bien con mi hermana y yo nunca le he contado a mi hermana, entonces es el peso de uno decir como que no hay nada malo, o sea, no es algo del otro mundo, como que no tienes por qué callarlo, no tienes porque como sentirte, como que eres ilegal o que estás haciendo algo ilegal, o que estás haciendo algo indebido, es como de que sea más naturalizado, más, sin tanto tabú, siento que puede ser como ese acompañamiento, tal vez". (Actor local 4 en Cúcuta, comunicación personal, 7 de abril de 2022)

En la encuesta, de las 636 personas participantes que afirmaron haber tenido un embarazo no planeado en los últimos dos años, alrededor de 416 personas indicaron que cuando se realizaron o intentaron realizar un procedimiento de aborto tuvieron fueron acompañadas antes, durante y después del procedimiento. Como se puede observar en la tabla 7, en materia de acciones de acompañamiento los resultados hacen énfasis en el acompañamiento es mayor antes y durante procedimiento, y disminuye relativamente después de realizado, principalmente entre las personas de 25 a 29 años (47,9%) y quienes reportan no tener ingresos (39,55%).

Este acompañamiento puede cumplir un papel muy importante a la hora de permitir transformar las narrativas de culpa e inseguridad asociadas al aborto, pues permitiría reinterpretar este marco de acciones previamente leídas desde la desinformación o el estigma, proveería a las personas usuarias con recursos emocionales y subjetivos para la toma de decisiones, puede aumentar la percepción de seguridad asociada a las prácticas, y es un canal estratégico para la entrega de información importante para que la persona pueda tomar el control de las decisiones durante el procedimiento.

Tabla 7. Acompañamiento a las personas que se realizaron o intentaron un procedimiento de aborto

Acompañamiento	Grupos de edad			Ingreso mensual aproximado					Total
	13-19	20-24	25-28	No tiene ingresos	0 - \$500.000	\$500.001 - \$1.000.000	\$1.000.001 - 2.000.000	\$2.000.001 o más	
Acompañamiento antes de su aborto	65,8	56,7	49,1	44,7	61,0	57,0	56,6	49,3	54,4
Acompañamiento durante su aborto	52,6	60,6	56,2	51,3	58,1	59,5	61,4	59,7	58,0
Acompañamiento después de su aborto	55,3	55,7	47,9	39,5	54,3	51,9	59,0	56,7	52,4
Ninguna de las anteriores	28,9	23,6	29,0	34,2	23,8	25,3	20,5	29,9	26,3
Total casos	38	205	173	76	106	82	84	68	416

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recolectados en la encuesta virtual.

6) Rol de terceros acompañantes

En el reconocimiento de la narrativa de autocuidado, como una apuesta que devuelve la agencia a quien va a vivir la experiencia médica para determinar cómo quiere llevar los procesos. En los testimonios emergió de manera recurrente una petición frente a la creación de herramientas fáciles que orienten con información el acompañamiento que realizan parejas, madres, familiares y amistades a los procesos de aborto.

“Sí, pues no sé, como también atención en crisis, porque pues cada una reacciona como de manera diferente, de pronto como algo básico de primeros auxilios psicológicos, que le puedan hacer esas personas medidas de protección, porque yo conozco chicas que no tienen de pronto una red de acompañamiento de nada, pero pues ya ha pasado por eso y ayudan a orientar, como a amigas, pero de pronto no saben cómo hacer la gestión, como esas medidas de autocuidado y demás, entonces como sí, medidas de autocuidado para acompañantes, cómo hacer una buena orientación. También, como qué hacer en caso de que, de que se le presenten barreras, que esa información este ahí” (Actor local 1 en Cúcuta, comunicación personal, 4 de abril de 2022)

Vale anotar que, de acuerdo con los resultados de la encuesta (Tabla 5), fuera de los actores de la salud, las personas que se realizaron un procedimiento de aborto recibieron el apoyo y acompañamiento de su pareja (31%), amigos, amigas o amigos (19%), grupos feministas (7,3%), y familiares (6,5%), lo que permite confirmar que en los procedimientos en casa puede haber más actores involucrados a quienes se podría proveer de información importante para hacer de los procedimientos experiencias más dignas y seguras e incidir sobre contextos que trasciendan lo individual.



El acompañamiento puede cumplir un papel muy importante a la hora de permitir transformar las narrativas de culpa e inseguridad asociadas al aborto.

8. Autonomía, cuidado y consentimiento: principios rectores para el autocuidado del aborto y el diseño de tecnologías de salud sexual y salud reproductiva

La apuesta de autocuidado del aborto pone en el centro el agenciamiento de la salud en manos del paciente según sus necesidades y preferencias. Distanciarse de modelos paternalistas de la salud en las que sólo el personal médico "sabe lo que le conviene al paciente" permite expandir las capacidades para la autodeterminación y podría mejorar los resultados de salud en el futuro (Gawron & Watson, 2016). La tecnología puede jugar un papel fundamental en estos contextos al facilitar medios y plataformas para la entrega de información, la articulación de herramientas para el monitoreo de síntomas, la gestión de medicamentos, y un canal personalizado para la atención segura y confidencial de las experiencias.

Con esto en mente, la presente sección buscará abordar algunas preferencias mencionadas en las encuestas y entrevistas en relación con el diseño, el contenido y las herramientas que se anticipa podría incluir el prototipo. También se explorará las formas en las que estas prioridades se alinean con necesidades de autocuidado del aborto al estar orientadas sobre la promoción de la autonomía, el cuidado y el consentimiento.

Preferencias en el diseño

Esta dimensión del prototipo fue principalmente relacionada con la visualización de la información, la facilidad de navegación, y las representaciones visuales que se incluirán sobre las personas en estos procedimientos. Las expectativas esencialmente se resumen en:

- Se espera una visualización clara de información al navegar en la plataforma, que presente la información en un balance multimedial que sea cercano a cómo las personas jóvenes consumen información actualmente en plataformas digitales (muy asociadas con redes sociales como Tik Tok, Instagram y Facebook y el uso de texto, video, ilustraciones y audios). Sugieren que es importante tener en cuenta la accesibilidad en la navegación en el contenido, por lo que recomiendan la inclusión de herramientas de personalización para aumentar-disminuir el tamaño de la fuente, que el contenido pueda estar disponible en lenguas indígenas, y que tenga apoyo de lectura en voz alta para quienes tienen limitaciones audiovisuales.
- Algunos comentarios en relación con las imágenes y representaciones de los cuerpos que usualmente se ven en publicidad de salud sexual

y reproductiva señalaron la urgencia de diversificar la imagen de "mujeres blancas y felices". Sin esperar necesariamente que se incluya contenido gráfico y explícito sobre procedimientos de aborto, esperan que se balancee la presencia de cuerpos diversos entre los que se incluyen personas CIS género, grupos étnicos diversos y otras identidades de género disidentes en la ilustración que acompañarán la apuesta.

Tabla 8. Personas que se sentirían cómodas obteniendo información sobre salud sexual y salud reproductiva en el dispositivo móvil a través de las redes sociales y medios electrónicos

Redes sociales y medios electrónicos	Grupos de edad			Ingreso mensual aproximado					Total
	13-19	20-24	25-28	No tiene ingresos	0 - \$500.000	\$500.001 - \$1.000.000	\$1.000.001 - 2.000.000	\$2.000.001 o más	
Otro medio	92,9	91,0	90,6	94,7	83,8	90,7	94,0	93,8	91,2
Correo electrónico personal	86,5	88,8	91,3	86,6	89,0	88,7	91,0	91,6	89,0
Mensajes por WhatsApp	84,5	87,2	86,4	84,8	87,3	85,0	87,8	87,0	86,3
Chatbots para Whatsapp	74,7	74,5	71,2	72,0	74,0	71,5	75,5	75,7	73,6
Instagram	75,8	71,3	68,6	72,3	72,5	68,9	70,4	72,7	71,6
Mensajes de texto	70,2	69,4	66,9	68,4	68,9	71,5	69,7	65,7	68,8
Otras aplicaciones móviles	65,9	63,7	60,6	61,7	63,8	63,5	65,5	62,5	63,3
Chatbots	61,6	63,2	61,6	58,3	61,7	62,3	66,9	65,8	62,3
Tik Tok	70,3	60,0	52,0	62,2	63,3	58,2	58,0	54,6	60,1
Facebook Messenger	52,9	50,4	49,6	49,1	54,2	52,0	52,0	45,0	50,8
Twitter	51,9	49,1	47,1	47,8	50,0	47,8	52,0	48,5	49,2
Snapchat	34,9	30,2	30,7	29,5	32,1	35,3	32,5	28,9	31,5
Total casos	1368	2661	1704	1564	1488	873	987	821	5733

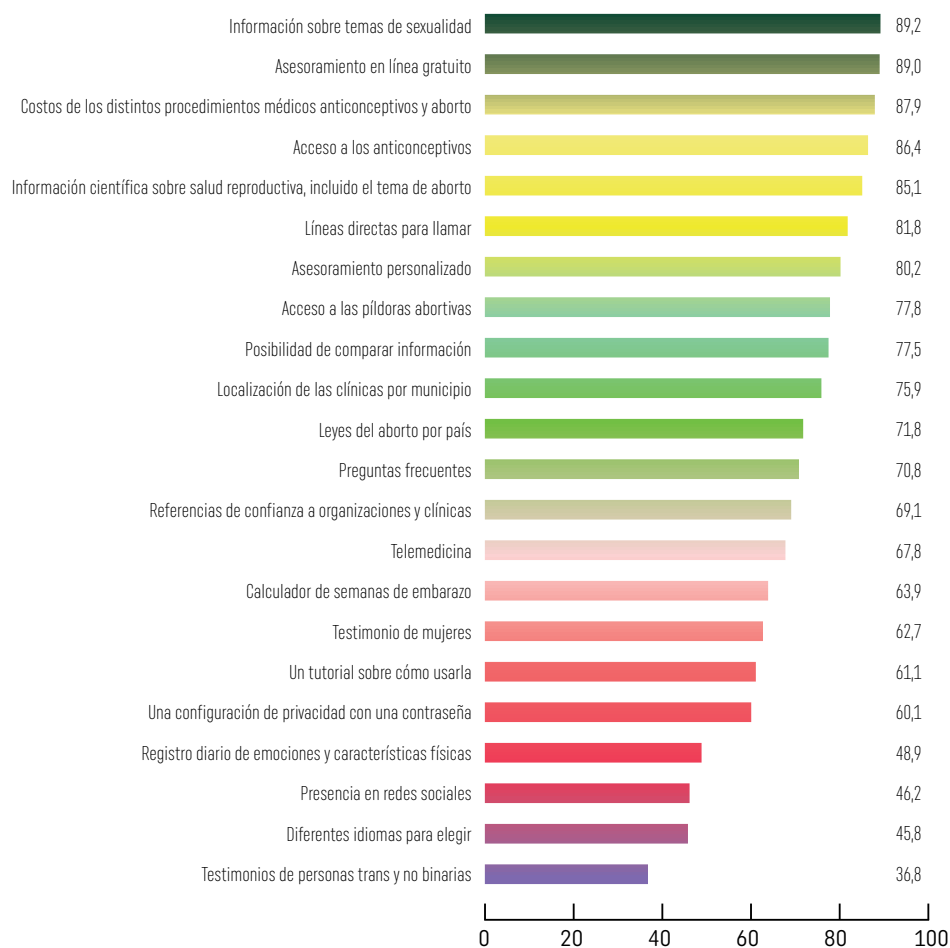
Fuente: elaboración propia a partir de los datos recolectados en la encuesta virtual.

Al indagar sobre los medios a través de los cuales a los jóvenes se sentirían cómodos obteniendo información sobre salud sexual y salud reproductiva (Tabla 8), la preponderancia de las redes sociales como Instagram (71,6%) o Tiktok (60,1%) pone en manifiesto la oportunidad de difundir información veraz a través de estas, siendo la primera la de mayor uso en todos los grupos de edad e ingreso. Por su parte, los participantes indicaron como

sus principales medios por lo que preferirían recibir información por medio del correo electrónico personal (89%) y mensajes a través de WhatsApp (86,3%), en todos los grupos de edad y a cualquier nivel de ingreso). Sin embargo, resalta la mención sobre el uso de chatbots a través de WhatsApp (73,6%) o e las páginas oficiales (62,3%), como medio para acceder a información sobre salud sexual y salud reproductiva.

Preferencias en contenido

Figura 4. Funcionalidades que las personas esperan encontrar en una aplicación sobre salud sexual y salud reproductiva



Fuente: elaboración propia a partir de los datos recolectados en la encuesta virtual.

Esta fue la categoría más densa en cantidad de opiniones de las personas participantes. Frente a ella hay grandes expectativas relacionadas con lo mencionado en secciones anteriores sobre la ausencia de plataformas que centralicen información veraz, segura y accesible sobre salud sexual y reproductiva. Se enlistarán algunos de los temas más frecuentemente sugeridos y considerados importantes por las personas participantes.

En la encuesta aplicada las cinco principales funcionalidades que las personas esperan encontrar fueron (Ver figura 4): Información sobre temas de sexualidad (89,2%); Asesoramiento en línea gratuito (89%); Costos de los distintos procedimientos médicos, anticonceptivos y de aborto (87,9%); Acceso a los anticonceptivos (86,4%) e Información científica sobre salud reproductiva, incluido el tema de aborto (85,1%).

Por su parte, en el ejercicio cualitativo se alinean las respuestas obtenidas en la encuesta y suman propuestas de contenido relacionado con:

- Anticoncepción y protección contra ITS (tanto en cuerpos de personas asignadas mujeres al nacer como de personas asignadas hombres al nacer, con un énfasis en el abordaje de efectos secundarios, costos, lugares de distribución y porcentaje de efectividad).
- Marco jurídico de protección del derecho al aborto.
- Cápsulas de primeros auxilios psicológicos para antes, durante y después del procedimiento.
- Practicas holísticas de cuidado del aborto (lecciones sobre uso de insumos naturales para el autocuidado y la alimentación en estos contextos).
- Placer y autoconocimiento de los cuerpos.
- Microhistorias, experiencias y testimonios que hablen sobre aborto y anticoncepción
- Herramientas jurídicas para hacer frente a barreras de acceso a salud (descargables de tutelas, especialmente).
- Mitos y preguntas frecuentes sobre sexualidad y reproducción.
- Rutas de atención a violencias basadas en género, violencia en contextos de migración, y violencia en el marco del conflicto armado.
- Entradas de blog sobre desestigmatización del aborto y la sexualidad.
- Glosario básico sobre identidades disidentes, orientación sexual y diversidad.
- Transmasculinidad y transfeminidad en salud sexual y salud reproductiva.
- Reflexiones sobre religión y aborto.

Preferencias en herramientas

Con respecto a las funcionalidades que faciliten la interacción y promuevan el uso continuo del prototipo, las personas participantes mencionaron algunas de las siguientes ideas:

- Plataforma que permita la creación de usuario, perfil y contraseña pero que no sea un paso obligatorio para la navegación del contenido de información.
- Hotline gratuito y chat para consultas relacionadas con aborto farmacológico (botones de "déjanos llamarte").
- Integración de medidas de ciberseguridad como PIN, patrón o reconocimiento facial, esto especialmente útil y prioritario durante un procedimiento de aborto.
- Foro anónimo de experiencias de personas que han pasado por procedimientos de aborto farmacológico.
- Directorio territorializado de organizaciones y colectivos acompañantes de procedimientos de aborto, así como de otros procesos comunitarios relacionados con justicia reproductiva y equidad de género.
- Herramienta para rastreo de menstruación y embarazo (que considere también las particularidades de personas con experiencia de vida trans y no binaria).
- Directorio de personal médico especializado para el acceso a consultas de salud sexual y salud reproductiva.
- Mensajes de apoyo y notificaciones relacionadas con los procedimientos personalizables (según la frecuencia escogida por la persona usuaria).
- Directorio de sedes Profamilia en el país.
- Personalización de ícono de app.
- Botón de salida de emergencia de la app o el contenido visualizado.

8.1. Principios centrales para el diseño

Articulado a estas preferencias, de manera transversal a lo largo de la investigación los testimonios y datos estadísticos relacionados con las expectativas que tiene la población usuaria y potencialmente usuaria en relación con

el prototipo de solución digital revelaron que se anticipa una coherencia natural entre los principios del diseño de la infraestructura de la plataforma y la agenda de promoción de la autonomía, el consentimiento, y el autocuidado en contextos de aborto. Esto quiere decir que las funcionalidades, contenidos, atenciones, procedimientos, y demás componentes asociados a la plataforma deberán hacer eco de las necesidades y brechas enunciadas frente al acceso al aborto y a otros servicios articulados a la salud sexual y salud reproductiva, aportando activamente al agenciamiento de los procesos a través de la tecnología como componente catalizador. En esta narrativa, el prototipo puede reconocer en los tres principios elementos fundamentales para guiar el diseño como se ejemplifica a continuación:

Autonomía y agencia

La autonomía puede ser entendida como una capacidad asociada a la autodeterminación y la auto-gobernanza que permite a las personas evaluar de manera crítica sus necesidades y deseos, y les permite actuar en función de ellos (Walker, 2018). En la literatura de aborto, este concepto ha permitido visibilizar cómo las múltiples barreras que existen para el acceso a este derecho restringen el ejercicio pleno de la autonomía. En su dimensión más práctica, esta capacidad está ligada, por ejemplo, al acceso a información clara y oportuna para la toma de decisiones estratégicas, a los costos de los medicamentos y servicios, y para poder decidir las formas y entornos en los que se desea llevar los procedimientos (López & Gaitán, 2021). Las colectivas y grupos de acompañamiento hablaron de ejemplos en los que en sus prácticas esto se ha llevado a la realidad:

“porque no es lo mismo yo tomar una decisión desinformada, que pues aunque a mí me parezca que no es una decisión libre, en realidad no tengo información, entonces no estoy tomando una decisión completamente informada, que no haya coacción al respecto” (Actor local 1 en Cúcuta, comunicación personal, 4 de abril de 2022)

“es que uno no solo aborta solo para no estar en embarazo sino que aborta también como un ejercicio de autonomía sobre su propia vida, entonces se me ocurren como herramientas que reafirmen estos lugares de autonomía, no sé si algunos espacios de salud mental o incluso ¿sabes? como redireccionar a la gente con un lugar donde haya narrativas de otros ya ayudaría un montón” (Actor local 1 en Bogotá, comunicación personal, 30 de marzo de 2022)

Las personas usuarias lo asocian con el ejercicio de su agencia, y con la posibilidad de ser reconocidos como personas que pueden ser autoridad en su

propio cuerpo, aun cuando carecen del lenguaje técnico para explicar lo que les sucede. Agregan:

“Con agencia, en el sentido de que yo escucho mi cuerpo, yo siento mi cuerpo, yo vivo mi cuerpo, yo sé cuándo algo es normal o no en mi cuerpo, porque incluso a veces me pregunto [...] esto [que] me pasa ¿será normal? y busco la solución y si un médico me puede decir que algo es normal o no, [pues] que me lo diga pero cuando yo [ya] he escuchado mi cuerpo, no como ignorando [...] la agencia no es que [...] que el paciente diga: “no, ni mierda, no me someto a ningún tratamiento y me dejó morir”, eso también es agencia, pero agencia también es que el paciente pueda decir que le está pasando y que el paciente tenga una credibilidad” (Hombre trans 1 en Bogotá, comunicación personal, 28 de Marzo de 2022)

Esto va en coherencia con lo mencionado en secciones anteriores sobre las asimetrías de poder con el personal médico en contextos de atención de salud sexual y salud reproductiva de las personas jóvenes, y, de acuerdo con lo manifestado, propone horizontalizar las relaciones entre el personal médico orientador y las personas pacientes a través de la escucha, la empatía, el respeto y el reconocimiento de las capacidades para decidir. A nivel de prototipo esto se traduce en la inclusión de información clara, y en el potencial re-diseño de las interacciones médico-paciente.

Consentimiento

El consentimiento debe ser entendido como un proceso continuo y voluntario de negociación que puede ser constantemente reafirmado y en el que hay permanentes oportunidades para el ejercicio de la autonomía (Sadowski & Strengers, 2021). Puede darse de diversas formas, pero



Las experiencias de salud de las personas entrevistadas están llenas de relatos en los que su **consentimiento** no fue pedido o consultado.

su fuerza vinculante siempre se basa en la satisfacción de las condiciones de conocimiento, intención, competencia, voluntariedad, reversibilidad y aceptabilidad del contenido (Walker, 2018). Se trata de un concepto común a los diseños tecnológicos (en relación con la captura de datos de navegación y condiciones de privacidad) y a la medicina (asociado con la aprobación explícita y documentada que da un paciente para recibir intervenciones médicas después de reflexionar sobre los posible daños y beneficios (Brach, 2016).

Como principio, reconoce en las personas usuarias de servicios de salud a agentes autónomos que tienen el control sobre su cuerpo y que pueden decidir lo que mejor les conviene, y se traduce en el derecho y el deseo que manifestaron las personas de ser consultadas de manera previa sobre si aceptan o no los términos en los que se dan las intervenciones que les vinculan directa o indirectamente.

Las experiencias de salud de las personas entrevistadas están llenas de relatos en los que su consentimiento no fue pedido o consultado, y encuentran eco en la premisa del *derecho a decidir*:

"[tú] preguntas, ¡obvio! si uno decide aceptarlo y sería como eso [...] pero entonces todo depende muchas veces de las condiciones que te dan a ti para garantizarlo, entonces creo que una de las cosas más importantes es preguntar" (Actor local 3 en Popayán, comunicación personal, 24 de marzo de 2022)

"esta discusión básicamente se vuelve como la pregunta del consenso, que la gente quiere que le pregunten, quiere que le pregunten: "¿cómo quieres ser tratada?" y tratada no solo en la comunicación sino en el servicio durante la atención de salud, que puede escoger, que pueda sentir que tiene autonomía para escoger cómo quiere ser tratada y tener derecho a decir sí o a decir no." (Persona no binaria 4 en Soledad, comunicación personal, 20 de abril de 2022)

El modelo FRIES creado por Planned Parenthood¹⁶ indica que el consentir y pedir consentimiento ayuda a establecer los alcances de las intervenciones y respetar los límites de las partes involucradas. Para que algo sea consensuado deben existir espacios seguros para volver a hacer preguntas en caso de falta de claridades. Materializado en espacios digitales, el consentimiento implica que este es:

16. Ver: (Silvestrini & Naidoo, s.f.)

- **Dado libremente:** lo que implica una ausencia de coerción, engaño o manipulación en los diseños de interfaz y contenidos, que permitirán a las personas tomar decisiones en coherencia con sus deseos e intereses y la existencia de una interfaz que permite a las personas tomar las decisiones en coherencia con sus intereses. (La interfaz no debe malintencionadamente engañar a las personas en tomar decisiones que normalmente no tomaría).
- **Es reversible:** otorga el derecho a las personas usuarias a limitar, pausar, detener las intervenciones o procedimientos y a eliminar datos personales guardados en cualquier momento.
- **Es informado:** el prototipo debe usar lenguaje claro y accesible para informar sobre los riesgos y beneficios del uso de la plataforma, así como de la administración y almacenamiento de datos.

Un llamado a cuidarse y a ser cuidado

El autocuidado del aborto llevado a la práctica se expande más allá de acciones individuales para la autoadministración de medicamentos y reconoce la interdependencia que sostienen estas prácticas con los sistemas de cuidado en marcos de salud para garantizar la calidad y dignidad que merecen todas las personas en las atenciones. La información y el acompañamiento son percibidos por la población como fundamentales para mejorar las experiencias de personas en contextos de aborto y facilitar sus decisiones, especialmente en entornos restrictivos. Centrar la atención en las acciones de cuidado (posibles incluso de manera remota) será fundamental para garantizar unas intervenciones de autocuidado de la salud reproductiva seguras, adecuadas y accesibles.



La información y el acompañamiento
son percibidos como
fundamentales para mejorar
las experiencias de personas
en contextos de aborto
y facilitar sus decisiones.

"acompañar no es dar una cosa y adiós. Acompañarme es no soltar" (Actor local 3 en Popayán, comunicación personal, 24 de marzo de 2022)

"quisiera que fuera un proceso, no sé, como... no sé si sería bien decirlo "informal", pero no informal sino como de calidez, de calidez humana, porque pues si lo siento como doctor, médico-paciente, pues no va a ser tan bien, o si lo siento como servicio al cliente de personas, entonces no, es peor, entonces no, quisiera que fuera más, sí, con calidez humana, no sé, como más humanizado, como más centrado pues en el proceso que está viviendo, que son muchas emociones, muchas cosas que uno tiene en cuenta en el momento, entonces sería como esa parte" (Mujer CIS 1 en Popayán, comunicación personal, 23 de marzo de 2022)

"darles espacio, porque sabemos cómo que es una, es complicado y de no estarle como que, si bien es un acompañamiento, el acompañamiento es como que en la medida que la misma persona lo solicite, porque muchas prefieren como aislarse, hay otras que prefieren, que... no quieren pasar por eso solas y quieren que alguien este como que, ahí apoyándolas, entonces como eso depende mucho de la persona." (Actor local 1 en Cúcuta, comunicación personal, 4 de abril de 2022)

En este sentido, el trabajo con el ecosistema de aborto en Colombia será fundamental para reconocer las acciones de cuidado a integrar en los procesos de las organizaciones y prestadores de servicios que permitan dar un giro de un modelo de atención basado en la provisión de medicamentos a un sistema que entregue cuidados. Según los testimonios de grupos e individuos este parece ser el cambio más urgente y pertinente en el contexto de necesidades del autocuidado del aborto. En esta visión, la coherencia de este llamado hace sentido en la apuesta de fortalecer la autonomía de las personas, pues provee de herramientas para la toma de decisiones informadas y más seguras. Un grupo acompañante explica este razonamiento:

"sí hemos hablado como con personas de cómo se sienten después, muy tranqui, no es tan poco como la cita [médica], sino "¿cómo estás?" "¿cómo te has sentido?" "¿Cómo va a tu cuerpo?", seguimos en contacto por teléfono una que otra vez, tampoco es algo como tan intenso, lo mismo que le decía como no es la intención de nosotros de... hacer que esto sea tan complejo que nadie lo pueda hacer, sino como estar pendiente y ya. Te asumes y ya es como... si luego quieres acercarte, si quieres perderte, ino pasa nada! [Hay que] respetar las decisiones de la gente, hay gente que interrumpe y ya no quiere saber nada, bueno está bien. Y hay gente que sigue ahí, [diciendo] "invítame a más espacios". (Actor local 1 en Bogotá, comunicación personal, 30 de marzo de 2022)

9. Recomendaciones para prototipo presente y futuro

Adicional a las propuestas de atención de necesidades mencionadas en secciones anteriores, a continuación se presentan de manera resumida algunas de las recomendaciones que emergen a la luz de los resultados de la investigación y que hacen eco de las propuestas recibidas en espacios de socialización del proyecto con los equipos de Profamilia así como de las buenas prácticas mencionadas en las entrevistas por grupos de acompañamiento, organizaciones de base y colectivos que abogan por la justicia reproductiva.

1. Se requiere de mayor articulación entre actores del ecosistema de aborto. La escalabilidad del prototipo en nuevos territorios o con nuevas herramientas podría considerar la integración de propuestas colaborativas y participativas centradas en necesidades y perspectivas de las comunidades, colectivos, instituciones y personas usuarias de servicios de aborto, que no se basan en despliegues digitales sino en la apuesta combinada de mayor interlocución con tomadores de decisión local, la entrega de materiales físicos para la reflexión, y otras apuestas de lo presencial que desbordan campañas digitales.
2. De manera inicial la apuesta va a excluir a los ya excluidos. Este es el resultado involuntario de las apuestas digitales, que, aunque poseen una audiencia potencial amplia y ávida de servicios de salud en estas plataformas, encuentran graves limitaciones para alcanzar a población desconectada, con bajos niveles de tenencia de dispositivos móviles y en condiciones de empobrecimiento. Algunas de las propuestas para alcanzar a esta población que emergieron en el marco de entrevistas con los actores incluyeron ideas como trabajar de manera híbrida con

La **perspectiva integral** de la salud como derecho, servicio y conjunto de cuidados en varias dimensiones, permite pensar sistémicamente los problemas que rodean el acceso y provisión de estos servicios.



presencialidad y medios digitales en regiones donde la infraestructura digital lo permite, entregar material de formación para que repliquen las colectivas que sí tienen presencialidad en territorios desconectados, aumentar el número de actividades presenciales y extramurales en territorios priorizados.

3. Capitalizar la reputación de eficiencia y confiabilidad de Profamilia que precede a MIA. Una importante proporción de personas entrevistadas afirman que el nombre de Profamilia tiene una reputación de eficiencia —cuando conecta efectivamente los servicios— pero que posee muchas áreas de mejora en la atención, en el enfoque diferencial, la atención oportuna y en el giro de una perspectiva de servicios a un enfoque de cuidado.

Pese a esto, goza de narrativas principalmente positivas que le identifican como un referente en información confiable sobre salud sexual y salud reproductiva.

4. Incluir perspectivas más integrales sobre la salud hacia el futuro. En esta medida, incluir apuestas de acompañamiento centradas en cuidados de la salud mental y la entrega de herramientas para fomentar el bienestar después de los procedimientos puede ser un punto de clave.
5. Crear marcos para la rendición de cuentas, la retroalimentación y la evaluación de las experiencias: Hasta la fecha, no existe un conjunto estandarizado y validado de parámetros de calidad para el aborto. Parte de la normalización de los servicios de aborto dentro de los sistemas que proveen servicios de salud puede consistir en crear marcos para evaluar la calidad, como hacemos con otros servicios básicos, como la atención prenatal y las vacunas. Carecemos tanto de una terminología común con las personas usuarias para evaluar los servicios de aborto, esas mediciones permitirían obtener pruebas sobre la eficacia, la eficiencia, la accesibilidad, la equidad y la seguridad de los servicios de aborto y, en última instancia, mejorar la atención.

10. Conclusiones

Los avances en materia de legislación de telemedicina y la existencia de la sentencia C-055 de 2022 ha configurado un panorama de oportunidades sin precedentes para el posicionamiento del autocuidado del aborto en contextos de salud digital. Estos avances sumados a una agenda feminista que se posiciona lenta pero continuamente a nivel nacional, pueden crear un entorno fértil para el progreso de políticas, programas y servicios que hagan del aborto una práctica más digna, accesible y segura.

Especialmente para población joven, la telemedicina ofrece oportunidades increíblemente valiosas para contrarrestar los obstáculos de costo, privacidad, respuesta oportuna, y atención sin estigma que rodean el acceso a educación y salud sexual y salud reproductiva. En un esfuerzo por aprovechar estas ventajas, el diseño de soluciones en este campo puede permitir cerrar el brechas de desigualdad significativas que impacten de manera positiva sobre la autonomía y el bienestar a largo plazo, pero deberá primero sortear barreras relacionadas con la inclusión de enfoques diferenciales, la posibilidad de ampliar las formas de atención y cuidado, garantizar la confidencialidad y más difícilmente, el reto de incluir apuestas híbridas que permitan conectarse con personas excluidas en la brecha digital.

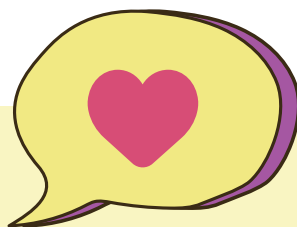
A esta apuesta se suma además el reto de nombrar e incluir a quienes históricamente no se ha atendido de manera integral: población racializada, personas en condiciones de empobrecimiento y calle, personas que habitan en contextos rurales y periféricos, personas con identidades disidentes, personas con discapacidades, etc. En este sentido, el aborto no sería solamente un asunto de mujeres en las ciudades. Como se mencionó a lo largo del documento, se trata de un fenómeno que interpela a un gran ecosistema de actores y personas beneficiarias entre las que se incluyen los hombres con experiencia de vida trans y las personas no binarias asignadas mujeres al nacer. Nombrarles e incluirles será fundamental para garantizar la protección de sus derechos y evitar la invisibilización y violencia que enfrentan actualmente en el sistema de salud.

La perspectiva integral de la salud como derecho, servicio y conjunto de cuidados en varias dimensiones, permite pensar sistémicamente los problemas que rodean el acceso y provisión de estos servicios. Para el diseño de soluciones en este campo es importante entender el encadenamiento y simultaneidad de la experiencia de la salud mental, la salud física, la salud sexual, y la salud reproductiva en relación con las experiencias de aborto. De esta forma se logra entender la sentida necesidad de atender a una perspectiva integral de la persona y su cuerpo durante los procedimientos, de volcar la mirada a cómo las personas pueden garantizar su cuidado,

y de cuáles son los mecanismos que son considerados efectivos tanto por el personal médico como el de las personas en contextos de aborto.

De manera anticipada es importante recordar que los servicios de telemedicina heredarán muchos de los problemas y estigmas del sistema de atención de salud en modalidad presencial, y que puede encontrar potenciales soluciones en herramientas que transfieran poder y agencia a pacientes durante los procedimientos. En este sentido, las lecciones de cuidado y empatía mencionadas por los grupos de acompañamiento entrevistados pueden ser claves para disminuir estas barreras. Acciones como: creer en lo que dice el paciente, preguntar por su consentimiento, garantizar espacios y oportunidades para hacer preguntas, y entregar información en un lenguaje sencillo; pueden ser algunas medidas que puedan tener efectos positivos con muy bajo costo. A la vez, se suma la oportunidad de considerar a otros actores en el ecosistema de aborto que ya están jugando papeles determinantes en los procedimientos como lo son las farmacias locales (como proveedoras de medicamentos bien sea de manera oficial o clandestina), grupos feministas y de acompañamiento de abortos, redes de familiares y amigos que están presentes a lo largo de estas experiencias. Articularse estratégicamente con acciones priorizadas, especialmente en municipios pequeños puede jugar un papel decisivo en la transformación de las prácticas de aborto para hacerlas cada vez más seguras y libres de estigma.

La gran brecha de información sobre salud sexual y salud reproductiva que se ha identificado en los testimonios, encuestas y literatura consultada podría convertirse en una oportunidad para la solución digital pensada.



La telemedicina traducida a cuidados y acompañamientos, cumplirán un papel central no sólo en garantizar la efectividad de esta apuesta, sino también en el rol que cumpliría para aportar a la transformación del estigma que pesa sobre el aborto.

La población joven especialmente se encuentra ávida de ubicar y consultar información centralizada y sencilla sobre estos temas, y la solución digital que se está creando puede ofrecer mecanismos de interacción y consulta para conectar las realidades corporales y personales con conceptos estratégicos que permitan tomar decisiones más informadas. En este mismo hilo temático, es prioritario crear rutas de atención integrales para orientar el uso de anticonceptivos también se posiciona como una potencial ruta que se puede continuar explorando en materia de servicios para personas jóvenes, atendiendo a los profundos problemas subyacentes a barreras económicas, culturales, y de atención oportuna.

Las experiencias documentadas en esta investigación y las expectativas de la población consultada hacen un llamado contundente sobre centrar el diseño de tecnologías y servicios de teleaborto sobre el derecho a decidir. A decidir sobre la gestación y la sexualidad, sobre el tipo de cuidado que se desea recibir, sobre la forma en la que se recibe información y atención, y sobre las acciones que pueden acompañar de manera digna los procedimientos en casa. La telemedicina traducida a cuidados y acompañamientos, cumplirán un papel central no sólo en garantizar la efectividad de esta apuesta, sino también en el rol que cumpliría para aportar a la transformación del estigma que pesa sobre el aborto, pues permitirá reinterpretar las acciones y los roles de los actores que lo rodean y movilizaría nuevas narrativas hacia horizontes de dignidad y autonomía.

11. Bibliografía

- Actual. (22 de marzo de 2022). *Las «personas con capacidad de gestar que no se reconocen mujeres»*, candidatas al aborto. Obtenido de Actual: <https://www.actuall.com/vida/las-personas-con-capacidad-de-gestar-que-no-se-reconocen-mujeres-candidatas-al-aborto/>
- Alcaldía de Popayán. (2020). *Plan de Desarrollo de Popayán 2020-2023*. Popayán: <https://www.popayan.gov.co/NuestraAlcaldia/PublishingImages/Paginas/Plan-de-Desarrollo-Municipal-2020-%E2%80%932023/Plan%20de%20Desarrollo%202020%20-%202023.pdf>
- Amador, D. (2017). *The Consequences of Abortion and Contraception Policies on Young Women's Reproductive Choices, Schooling and Labor Supply*. Universidad de los Andes. Bogotá: CEDE.
- Bercu, C., Moseson, H., McReynolds-Pérez, J., Wilkinson Salamea, E., Trpin, M., Zurbriggen, R., . . . Kimport, K. (2022). In-person later abortion accompaniment: a feminist collective-facilitated self-care practice in Latin America. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(3). doi: <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.2009103>
- Biggs, M. A., Kaller, S., & Ralph, L. (2020). Barriers accessing abortion care and their association with psychological well-being. *Contraception*, 105(5). doi:<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.03.010>
- Biggs, M., Brown, K., & Greene Foster, D. (2020). Perceived abortion stigma and psychological well-being over five years after receiving or being denied an abortion. *Plos One*. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226417>
- Brach, C. (2016). Even In An Emergency, Doctors Must Make Informed Consent An Informed Choice. *Health Aff (Millwood)*, 35(4), 739–743. doi:10.1377/hlthaff.2015.1407
- Braine, N. (2020). Autonomous Health Movements: Criminalization, De-medicalization, and Community-Based Direct Action. *Health Human Rights*, 85-97. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7762925/>
- Castañeda, G. Q. (2022). Roe vs. Wade y el derecho al aborto: ¿Qué implica anular el caso para América Latina? *LexLatin*, <https://lexlatin.com/reportajes/roe-vs-wade-y-el-derecho-al-aborto-que-implica-anular-el-caso-para-america-latina>.
- Coll, C., Serrano, I., Doval, J., & Carbonell, J. doi:10.1016/j.pog.2015.03.010
- Conexión Capital. (9 de Abril de 2018). *En Bogotá reside el 4.1% de las 8.6 millones de víctimas*. Obtenido de <https://conexioncapital.co/bogota-reside-4-1-las-86-millones-victimas-pais/>
- Corte Constitucional Colombiana. (2009). *Auto 004/09*.
- Corte Constitucional de Colombia. (2022). *Sentencia C-055 de 2022*.

- Dalén, A. (2011). *El aborto en Colombia. Cambios legales y transformaciones sociales*. Bogotá: Tesis de Estudios de Género, Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2020). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2020*.
- Defensoría del Pueblo regional Vaupés y Consejo Noruego para Refugiados. (2022). *Alerta por Situación Humanitaria: Riesgos de protección de menores en los municipios de Mitú, Taraira y Carurú, y en las Áreas No Municipalizadas de Papunaua y Pacoa (Vaupés)*. https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/220407_alerta_por_riesgos_de_proteccion_vaupes_v2_rev_jb.pdf.
- DeNicola, Nathaniel; Grossman, Daniel; Marko, Kathryn; Sonalkar, Sarita; Butler-Tobah, Yvonne; Ganju, Nihar; Wiktop, Catherine; Henderson, Jillian; Butler, Jessica; Lowery, Curtis. (2020). Telehealth Interventions to Improve Obstetric and Gynecologic Health Outcomes: A Systematic Review. *Obstet Gynecol*, 135(2), 371-382. doi:doi: 10.1097/AOG.0000000000003646.
- Doshi, M. J. (2018). Barbies, Goddesses, and Entrepreneurs: Discourses of Gendered Digital Embodiment in Women's Health Apps. *Women's Studies in Communication*, 41(2), 183-203. doi:10.1080/07491409.2018.1463930
- Ehrenreich, K., Kaller, S., Raifman, S., & Grossman, D. (2019). Women's Experiences Using Telemedicine to Attend Abortion Information Visits in Utah: A Qualitative Study. *Women's Health Issues*, 29(5), 407-413. doi:10.1016/j.whi.2019.04.009
- El Espectador. (18 de Septiembre de 2020). Invima advierte sobre comercialización fraudulenta de Cytotec. Obtenido de <https://www.elespectador.com/salud/invima-advierte-sobre-comercializacion-fraudulenta-de-cytotec-article/>
- El Quindiano. (15 de Agosto de 2021). *El Quindiano*. Obtenido de En Bogotá 1 de cada 2 jóvenes vive en hogares en condición de pobreza: <https://www.elquindiano.com/noticia/28562/en-bogota-1-de-cada-2-jovenes-vive-en-hogares-en-condicion-de-pobreza>
- El Tiempo. (23 de Febrero de 2022). *Aborto legal en Colombia: la lucha de las mujeres por acceder a un derecho*. Obtenido de <https://www.eltiempo.com/justicia/cortes/aborto-legal-en-colombia-analisis-del-fallo-de-la-corte-constitucional-653470#:~:text=Aborto%20en%20Colombia,-Contenido%20cierto&text=La%20Corte%20Constitucional%2C%20en%20un,eran%20legales%20desde%20el%202006>

- Endler, M., Lavelanet, A., Cleeve, A., Ganatra, B., Gomperts, R., & Gemzell-Danielson, K. (2019). Telemedicine for medical abortion: a systematic review. *BJOG*, 126(9), 1094-1102. doi:doi: 10.1111/1471-0528.
- Fakoya, I., Cole, C., Larkin, C., Punton, M., Brown, E., & Ballonoff, A. (2022). Enhancing Human-Centered Design With Youth-Led Participatory Action Research Approaches for Adolescent Sexual and Reproductive Health Programming. *Health Promot Pract*, 23(1), 25-31. doi:10.1177/15248399211003544
- Fix, L., Seymour, J., Vaid Sandhu, M., Melville, C., Mazza, D., & Thompson, T.-A. (2020). At-home telemedicine for medical abortion in Australia: a qualitative study of patient experiences and recommendations. *BMJ Sexual and Reproductive Health*, 46(3), 172-176. doi:10.1136/bmj.srh-2020-200612
- Gawron, L., & Watson, K. (2016). Documenting moral agency: a qualitative analysis of abortion decision making for fetal indications. *Contraception*, 95(2), 175-180. doi:10.1016/j.contraception.2016.08.020
- Hilarión-Gaitán, L., Díaz-Jiménez, D., Cotes-Cantillo, K., & Castañeda-Orjuela, C. (2019). Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia 2015. *Biomédica*, 39 (4), 737-747.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2020). *Suicidio de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en Colombia*.
- IPAS. (2022). *Hacia un ecosistema sostenible de aborto: marco para el diseño, la acción y la evaluación de programas*. Chapel Hill, Carolina del Norte. Obtenido de <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2022/03/Hacia-un-ecosistema-sostenible-del-aborto-AESFPDS22.pdf>
- Kohn, J., Snow, J., Grossman, D., Thompson, T.-A., Seymour, J., & Simons, H. (2021). Introduction of telemedicine for medication abortion: Changes in service delivery patterns in two U.S. states. *Contraception*, 103(3), 151-156. doi:https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.12.005
- Kohn, J., Snow, J., Simons, H., Seymour, J., Thompson, T.-A., & Grossman, D. (2019). Medication Abortion Provided Through Telemedicine in Four U.S. States. *Obstet Gynecol*, 343-350. doi:10.1097/AOG.0000000000003357
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2009). *Un derecho para las mujeres: La Despenalización parcial del Aborto en Colombia*. Bogotá, D.C.: ISBN: 978-958-99036-0-5.
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2019). *Migrantes venezolanas en Colombia: barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo*. <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2019/12/Libro-IVE-Migrantes.-VF.pdf>
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2021). *La Criminalización del Aborto en Colombia*. Bogotá.

- La República. (12 de Mayo de 2021). Cúcuta y Sincelejo, las ciudades que registraron las mayores tasas de empleo informal. *La República*. <https://www.larepublica.co/economia/cucuta-y-sincelejo-las-ciudades-que-registraron-las-mayores-tasas-de-informalidad-3168531>.
- Larrea, S., Hidalgo, C., Jacques-Aviñó, C., Borrel, C., & Palència, L. (2022). "No one should be alone in living this process": trajectories, experiences and user's perceptions about quality of abortion care in a telehealth service in Chile. (Taylor and Francis, Ed.) *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(3). doi:10.1080/26410397.2021.1948953
- Latfem. (27 de Septiembre de 2020). "Cuerpos gestantes" y derecho al aborto de varones trans: nuevos nudos temáticos feministas y disidencias sexuales. Obtenido de Latfem: <https://latfem.org/menos-prescriptivismo-mas-articulacion/>
- Lemaitre, J. (2009). *El derecho como conjuro: Fetchismo Legal, Violencia y Movimientos Sociales*.
- López, A., & Gaitán, A. (2021). Safe Abortion in Women's Hands: Autonomy and a Humans Rights Approach to COVID-19 and Beyond. *Health and Human Rights Journal*, 191-197.
- Michael Powell. (22 de Junio de 2022). 'Mujeres', la palabra que está desapareciendo en el debate sobre el aborto. Obtenido de New York Times: <https://www.nytimes.com/es/2022/06/10/espanol/personas-gestantes-aborto.html>
- Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia. (2021). *Distribución de Venezolanos En Colombia - Corte 31 de Enero de 2021 - Migración Colombia*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Prevención del aborto inseguro en Colombia: Protocolo para el Sector Salud*. Bogotá D.C. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Boletín #1 de Migración y Salud*. Bogotá D.C.: Boletín N°1, 01/06/2021.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Circular Externa 044 de 2022. Instrucciones para fortalecer el acceso efectivo de las mujeres a la atención integral en salud sexual y reproductiva establecida en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno - Perinatal, atendiendo a lo dispuesto por la .* Bogotá D.C.
- Lete, I., Coll, C., Serrano, I., Doval, J. L., & Carbonell, J. L. (2015). Aborto farmacológico en el primer trimestre de la gestación. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(9), 426-434. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2015.03.010>
- Moseson, H., Bullard, K., Cisternas, C., Grosso, B., Vera, V., & Gerdtts, C. (2020). Effectiveness of self-managed medication abortion between 13 and 24 weeks gestation: A retrospective review of case records from

- accompaniment groups in Argentina, Chile, and Ecuador. *Contraception*, 102(2), 91-98. doi: 10.1016/j.contraception.2020.04.015.
- Observatorio Colombiano de las Mujeres. (2018). *Mitú, Vaupés: 47 años de historia*. https://observatoriomujeres.gov.co/archivos/publicaciones/Publicacion_243.pdf
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [OHCHR]. (2016). *Breve Guía de reflexión sobre un enfoque basados en los derechos humanos de la salud*.
- ONU Mujeres. (2019). *Progress of the world's women 2019-2020*.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *WHO Consolidated Guideline on Self-Care Interventions for Health*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325480/9789241550550-eng.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Abortion Care Guideline*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Organización Mundial de la Salud. (2022b). *Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022. Resumen ejecutivo*. Obtenido de <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052239>
- Powell, M. (22 de Junio de 2022). 'Mujeres', la palabra que está desapareciendo en el debate sobre el aborto. Obtenido de New York Times: <https://www.nytimes.com/es/2022/06/10/espanol/personas-gestantes-aborto.html>
- Prandini, M., & Larreab, S. (2020). Why self-managed abortion is so much more than a provisional solution for times of pandemic. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1). doi:10.1080/26410397.2020.1779633
- Profamilia. (2016). *Sexualidad, Placer y vida: Miradas desde la diversidad cultural en el Departamento del Chocó*. Bogotá D.C.
- Profamilia (2019). *¿Cómo adaptar los servicios de salud sexual y reproductiva a las necesidades y circunstancias de las personas con experiencia de vida trans?* Bogotá D.C.
- Profamilia. (2020). *Aborto seguro: Necesidades y oportunidades. Un análisis en tres ciudades de Colombia: Bucaramanga, Popayán y Tunja*. Bogotá.
- Profamilia y MEXFAM (2021). *Acceso al aborto seguro en tiempos de COVID-19: desafíos y oportunidades para la prestación del servicio de aborto por telemedicina en Colombia y México*. Bogotá D.C. y Ciudad de México.
- Reardon, D. (2018). The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Medicine*, 6. doi:10.1177/2050312118807624
- Rocca, C., Samari, G., Foster, D., Gould, H., & Kimport, K. (2019). Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination

- of decision difficulty and abortion stigma. *Social Science & Medicine*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112704>
- Rubino, A. (2018). Disidencia de sexo-género e identidad política en Kleinstadtnovelle, de Ronald Schernikau. *La Palabra*(33), 81-98.
- Sadowski, J., & Strengers, Y. (7 de Julio de 2021). ABC. Obtenido de How sexual consent can help us design better technology: <https://www.abc.net.au/religion/how-sexual-consent-can-help-us-design-better-technology/13435914>
- Silvestrini, E., & Naidoo, N. (s.f.). *Feminist Tech*. Obtenido de Design for informed consent.: <https://superrr.net/feministtech/principle/design-must-support-informed-consent/>
- Suess, A. (2020). Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Reviews*, 41(3). doi: 10.1186/s40985-020-0118-y
- The PMNCH WHO, PAHO WHO y Asociación Profamilia. (2020). *Entendiendo las experiencias y prácticas resilientes de adolescentes y jóvenes durante la pandemia del COVID- 19 en Colombia*. Bogotá, D.C.
- Walker, T. (2018). Consent and Autonomy. En P. Schaber, & A. Müller (Eds.), *The Routledge Handbook of the Ethics of Consent* (Parte II, Cap. 12, pp. 131-139). Taylor and Francis.
- Wainwright, M., Colvin, C. J., Swartz, A., & Leon, N. (2016). Self-management of medical abortion: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 155-167. doi: 10.1016/j.rhm.2016.06.008
- Wiebe, E., Littman, L., & Kaczorowski, J. (2015). Knowledge and Attitudes about Contraception and Abortion in Canada, US, UK, France and Australia. *Gynecology and Obstetrics*, 5(9). doi:10.4172/2161-0932.1000322
- Wiebe, E., Campbell, M., Ramasamy, H., & Kelly, M. (2020). Comparing telemedicine to in-clinic medication abortions induced with mifepristone and misoprostol. *Contraception*, 2. doi:<http://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100023>
- Zamberlin, N., Romero, M., & Ramos, S. (2012). Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. *Reproductive Health*, 9(34). [http://doi: 10.1186/1742-4755-9-34](http://doi:10.1186/1742-4755-9-34).
- Zurbriggen, R., Vacarezza, N., Alonso, G., Grosso, B., & Trpin, M. (2019). *Second trimester medical abortions: A feminist socorrista study*. La Parte Maldita.

Anexos

Anexo 1. Listado de políticas de regulación y marco legal para provisión del servicio de aborto por telemedicina en Profamilia

Instrumento	Objeto
Ley 1341 del 30 de julio de 2009	Determina el marco general para la formulación de las políticas públicas que regirán el sector de las Tecnologías de la Información y las comunicaciones, su ordenamiento general, el régimen de competencia, la protección al usuario, así como lo concerniente a la cobertura, la calidad del servicio, la promoción de la inversión en el sector y el desarrollo de estas tecnologías.
Ley 1419 del 13 de diciembre de 2010	Tiene por objeto desarrollar la telesalud en Colombia, como apoyo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, calidad y los principios básicos contemplados en la presente ley
Ley 1438 del 19 de enero de 2011	Tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país
Resolución 2003 de 2014	La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución
Resolución 5857 de 2018	La presente resolución tiene por objeto actualizar integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, como mecanismo de protección colectiva, y establecer las coberturas de los servicios y tecnologías en salud que deberán ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente
Resolución 2654 de 2019	La presente resolución tiene por objeto establecer disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina, sus categorías, el uso de los medios tecnológicos, la calidad y seguridad de la atención, así como de la información y los datos para preservar la calidad y seguridad de la atención, tal y como lo determinan las leyes 527 de 1999, 1266 de 2008, 1581 de 2012, 1712 de 2014 y el Decreto 1377 de 2013.
Resolución 3100 de 2019	La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar, en el anexo técnico, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud el cual hace parte integral del presente acto administrativo
Boletín de prensa n.º 190, 29 de marzo de 2020: Instituciones deben continuar con atención en salud sexual y reproductiva	Brinda indicaciones para evitar la propagación del coronavirus, se recalca que la violencia sexual no se puede invisibilizar y, con ello, que la atención en salud para víctimas de violencia sexual, incluida la Interrupción Voluntaria del Embarazo, no puede ser suspendida, es de carácter urgente.

Instrumento	Objeto
<p>Resolución 536 de 31 de marzo de 2020, "Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARSCoV-2 (COVID-19)</p>	<p>Tiene como propósito organizar la prestación de servicios de salud de los servicios de internación, quirúrgicos, consulta externa, urgencias, protección específica y detección temprana, y de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, brindados en Colombia en el marco de la pandemia y la emergencia sanitaria a causa del SARSCoV-2 (COVID-19), declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>
<p>Orientaciones técnicas para abordar los efectos de la pandemia por COVID- 19 en la fecundidad de 21 de abril de 2021</p>	<p>Busca fortalecer las intervenciones que garantizan los derechos sexuales y reproductivos; en especial, los que se orientan a la autonomía reproductiva de las mujeres, niñas y adolescentes, población vulnerable en el contexto de la emergencia sanitaria.</p>
<p>"Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, los recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Colombia", 16 de junio de 2021</p>	<p>Se presentan las "consideraciones generales para la atención en salud de las gestantes", según las cuales la atención para la IVE no puede ser interrumpida y las EPS e IPS deben hacer las adecuaciones necesarias a sus modelos de atención y prestación de este procedimiento, para prevenir el contagio de COVID-19, pero, sobre todo, para garantizar este servicio médico, informando lo dispuesto en la Sentencia C-355 del 2006, sin obviar la asesoría y provisión y métodos anticonceptivos postevento.</p>

Anexo 2. Lista de nodos y categorías utilizadas durante el procesamiento de entrevistas semiestructuradas

Sub-nodos											
Nodo central	Experiencias de telemedicina positivas	Narrativas de telemedicina	Experiencias negativas de telemedicina	Narrativas de salud	Barreras para acceder aborto	Elementos faltantes en experiencias de aborto narradas	Elementos positivos en experiencias de aborto	Proceso de toma de decisión	Sentencia 2022 nueva	Sentencia 2006	Privacidad
Aborto	Experiencia aborto MIA	Narrativas de aborto	Experiencia aborto inseguro	Experiencia negativa de aborto	Barreras para acceder aborto	Elementos faltantes en experiencias de aborto narradas	Elementos positivos en experiencias de aborto	Proceso de toma de decisión	Sentencia 2022 nueva	Sentencia 2006	Privacidad
Cuidado	Narrativas sobre cuidado	Cuidado comunitario	Ausencia de cuidado	Prácticas de cuidado holístico (Uso de medicina alternativa y prácticas tradicionales-hierbas)	Autocuidado	Acompañamientos abortos					
Prototipo	Accesibilidad	Aceptabilidad de prototipo	Diseño	Privacidad	Personalización y notificaciones, mensajes	Barreras para despliegue/uso de solución digital	Preferencias de contenido (información)	Herramientas	Apps de salud referenciadas	Redes sociales	Confianza en información
Autonomía y agencia	Consentimiento y agencia	Violencias basadas en género	Movilizadores para toma de decisiones autónomas	Experiencia de coerción							
Salud sexual y salud reproductiva	Narrativas sobre salud sexual y salud reproductiva	Experiencias en servicios de ssysr	Donde está información de ssysr	Anticoncepción	Migración y SSR	Interculturalidad y SSR	Violencia, conflicto armado	Necesidades de personas con experiencias de vida trans			
Profamilia	Narrativas positivas de profamilia	Narrativas negativas de profamilia	Estrategias para llegar territorios desconectados								
Municipios	Popayan - Discurso de derechos y salud SyR	Bogota - Discurso de derechos y salud SyR	Cucuta - Discurso de derechos y salud SyR	Soledad - Discurso de derechos y salud SyR	Mitu - Discurso de derechos y salud SyR						