

La construcción
de un consenso:
la Causal Salud
en América Latina

Ana Cristina González Vélez

Con el apoyo de la
Fundación Ford



CEDES
Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Sánchez de Bustamante 27
C1173AAA Buenos Aires – Argentina
Tel./Fax: (54-11) 4865-1707 / 1704 / 1712 / 4862-0805

Este trabajo fue realizado gracias al apoyo de la Fundación Ford

© Ana Cristina González V.

*Acerca de la autora*¹

Ana Cristina González Vélez es médica egresada de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. Tiene una maestría en investigación social en salud del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, CEDES, Buenos Aires, Argentina. Se desempeñó como Directora Nacional de Salud Pública en Colombia entre el 2002 y el 2004 y fue médica y asesora en PROFAMILIA, Bogotá desde 1996 hasta el 2000. Experta en salud y derechos sexuales y reproductivos, reformas del sector salud, e incidencia política. Ha integrado diversas juntas directivas nacionales (Instituto Nacional de Salud, Colciencias, INVIMA) e internacionales (Asociación por los derechos de las mujeres, Panel Asesor para las Américas y Senior Technical Advisory Group de la OMS) y ha sido parte activa del movimiento feminista a nivel nacional e internacional, en diversos espacios incluídas las conferencias internacionales de las Naciones Unidas en materia de salud, población, desarrollo, género y mujer. Ha realizado publicaciones en revistas internacionales y libros sobre salud sexual y reproductiva. Ha realizado investigaciones con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, la Fundación Rockefeller, la Fundación Ford. Actualmente es asesora internacional en temas de salud pública, y ha trabajado para para la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la Fundación Ford, LaFederación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), el Centro por los Derechos Reproductivos/CRR, la CEPAL, entre otras. Fue la secretaria técnica del foro *causal salud* y responsable final por la publicación *causal salud*, interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos.

1 Quiero agradecer expresamente a Silvina Ramos quien me animó para escribir estas ideas y cuyos comentarios y aportes contribuyeron sustantivamente a este resultado.

Índice

Introducción	7
1. La decisión política	10
2. Acuerdos estratégicos iniciales	13
3. La tecnología como herramienta para el trabajo regional	16
4. La producción de contenidos	20
5. Hacia el logro de un consenso: aspectos técnicos en debate	23
6. Hacia el logro de un consenso: la dimensión política	27
7. Las audiencias del documento	28
8. Estrategias de difusión	29
9. La generación de herramientas de trabajo: ¿cómo promover el consenso?	30
10. En síntesis: ¿cómo se construyó el consenso?	31

Introducción

Este documento recoge la experiencia de construcción del consenso regional sobre la *causal salud*, que culminó en la publicación del libro «*Causal salud, Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*²». Este consenso es el resultado de un debate colectivo llevado a cabo de noviembre de 2007 a mayo de 2008, entre un grupo amplio de personas e instituciones provenientes de diversas disciplinas y miradas del campo de la salud y los derechos humanos. Este debate se realizó utilizando la metodología de un foro virtual y se convocó con el fin de producir una herramienta de uso regional para América Latina, sobre los alcances, interpretación y aplicación de la causal de salud.

«La mayoría de los países de América Latina y el Caribe han consagrado como supuesto de permisión legal para la interrupción de un embarazo, el que ésta tenga como propósito evitar un peligro para la salud de las mujeres. En la práctica, es común que la aplicación de este supuesto de permisión –que denominaremos en adelante, *causal salud*³– se reduzca a las situaciones extremas en que la mujer se encuentra en riesgo de muerte, en lugar de ampliar su aplicación para proteger y procurar la salud y el bienestar de las mujeres en forma integral» (González, A. C., Durán, J., Mesa por la vida y la salud de las mujeres/Colombia, Alianza Nacional por el Derecho a Decidir/México, et. Al. *Causal salud, interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*. Montevideo. 2008). De acuerdo con los análisis realizados durante este debate, las aplicaciones restrictivas contravienen la legislación y jurisprudencia internacional en materia de derechos humanos, y frecuentemente la propia legislación y jurisprudencia constitucional de algunos países de la región en materia de derecho a la salud. Por tal motivo, el grupo reunido en el foro virtual consideró que era clave llegar a un consenso sobre la interpretación más ajustada al marco de derechos humanos y a la definición de salud promovida durante décadas por la Organización Mundial de la Salud/OMS, de tal forma que la *causal salud* pueda ser invocada por las mujeres, cuando ellas lo requieran. Esto es, proteger su derecho a la salud en forma amplia e integral.

Aunque la *causal salud* está incluida en los marcos legales de muchos países de la región desde hace décadas, su aplicación práctica ha sido marginal debido, fundamentalmente, a interpretaciones restrictivas de los conceptos de riesgo y de salud, y debido también a las solicitudes poco frecuentes de las mujeres, desalentadas por las múltiples barreras que enfrentan en su acceso a los servicios. Este consenso es una apuesta para el cumplimiento de tales leyes, al mismo tiempo que pretende crear condiciones que favorezcan el acceso seguro y oportuno de las mujeres a los servicios de interrupción legal del embarazo.

² Para revisar el texto completo ir a: www.causalsalud.org

³ La *causal salud* se refiere a la permisión legal de la interrupción del embarazo basada en el riesgo de salud enfrentado por la mujer. Puede ser para salvar la vida y/o proteger la salud o, para salvar la vida, pero entendiendo que esta última tiene su expresión particular en el campo de la salud.



El análisis que se presenta a continuación⁴, busca comprender la experiencia en torno a las decisiones tanto técnicas como políticas, que condujeron a la construcción del consenso regional sobre *causal salud*, de tal forma que pueda ser utilizado por otros colectivos que tienen interés en la construcción de consensos en diversas áreas. Si tuviéramos que resumir el éxito de este consenso en una sola idea, podríamos decir que la «clave» para construirlo fue el compromiso de los/as participantes y la transparencia, claridad y respeto en los acuerdos, tanto técnicos como políticos, a lo largo de todo el proceso.

Este documento está dirigido a activistas en distintos campos, particularmente de la salud y los derechos humanos, y se ha elaborado con el fin de invitar, a través de esta experiencia, a la construcción de consensos concretos, que sirvan como herramienta política para crear plataformas comunes, aglutinar experiencias, puntos de vista y liderazgos. El consenso es el reflejo de un acuerdo, en este caso, en torno a una de las dimensiones estratégicas para avanzar en la agenda de los derechos sexuales y reproductivos, el aborto, y particularmente en torno a una de las estrategias que pretenden avanzar en su legalización: la interpretación amplia de causales. Delimitar el objeto del consenso ayuda a lograr acuerdos con actores muy diversos (Burns, Gene: *The Moral Veto. Framing Contraception, Abortion, and Cultural Pluralism in the United States*, Nueva York, Cambridge University Press, 2005).

A través de la construcción del consenso, por naturaleza centrípeta, se logra aglutinar a personas con capitales técnicos y políticos propios, que apuestan a un interés colectivo y producen una plataforma más amplia para impulsar su propia agenda. En este sentido, esta experiencia puede ser también útil para quienes tengan interés, compromiso o responsabilidades en el posicionamiento de un tema en particular, para desarrollar y fortalecer agendas políticas o para elaborar propuestas o planes estratégicos.

Al recorrer en forma retrospectiva el esfuerzo de construcción de lo que he dado en llamar el consenso de la *causal salud*, es mi intención rescatar el valor del proceso de construir el consenso, la propia práctica, de tal manera que pueda ser útil para otras experiencias.

La construcción de consensos, se inscribe en el ámbito de las prácticas democráticas: es una herramienta que permite crear y recrear a través del intercambio con el otro –como sujeto y como saber–, es una oportunidad para ampliar el sentido de pertenencia y apropiación de lo que se produce colectivamente y por tal razón, es un proceso flexible. El consenso es una oportunidad para generar sinergias que van más allá del trabajo multidisciplinario porque da lugar a un pensamiento crítico nuevo al invitar y habilitar la interlocución con el otro, con las ideas del otro, la otra. Es un espacio donde cada uno puede encontrar un lugar desde ese su saber, su experiencia y su liderazgo. Para nuestra región puede ser una práctica fructífera de la acción colectiva de las redes, las campañas, las organizaciones. Para la lucha por la legalización del aborto, es una herramienta única pues da la posibilidad de lograr acuerdos compactos sobre temas concretos y al mismo tiempo ofrece un norte ético en un ámbito complejo como el del aborto. Sustain afirma que en la vida social, muchas veces se admiten acuerdos sobre aspectos concretos que no están respaldados por acuer-

⁴ Las ideas contenidas en este artículo reflejan la mirada de Ana Cristina González Vélez quien actuara como secretaria técnica del Foro Causal Salud y no de los grupos que participaron del mismo.

dos teóricos completos, aún cuando se justifiquen en alguna razón (*Sustain, Cass. Acuerdos carentes de una teoría completa en derecho constitucional. Versión en español en: Revista Precedente. Universidad ICESI. Cali, Colombia. 2008*⁵).

Este documento se ha organizado según los aspectos relevantes para la construcción del consenso *causal salud*.

-
- 5** Los argumentos desarrollados por este autor son del ámbito jurídico y a este nivel él plantea los siguiente: los acuerdos sobre aspectos concretos de la vida social –por ejemplo, cómo debería ser decidido un determinado caso sobre libertades fundamentales–, muchas veces carecen de una fundamentación teórica constitucional completa. Esto sucede porque frente a determinados temas o situaciones, las personas pueden estar de acuerdo con que cierto comportamiento social debe estar permitido o prohibido aunque discrepen de manera significativa en las razones por las cuales ello debe ser así. De manera inversa a la que se llega a una constitución u otro tipo de pactos sociales –situación en la que muchas personas están de acuerdo en que unos principios y unos derechos de un alto nivel de abstracción son valiosos, aunque quizá tengan ideas muy diversas sobre sus implicaciones en la vida social– en la vida práctica muchas veces se admiten acuerdos sobre aspectos concretos que no están respaldados por acuerdos teóricos completos, aún cuando se justifiquen en alguna razón.



1. La decisión política

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres de Colombia (La Mesa⁶) y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir de México (La Alianza⁷) tomaron la decisión política, en el año 2007, de impulsar una discusión amplia y plural acerca de los alcances de la *causal salud*, en virtud de la cual se podría ampliar y garantizar el acceso de las mujeres a servicios de interrupción legal del embarazo, al mismo tiempo que se podrían generar elementos para brindar certidumbre a los/as profesionales que habrían de aplicarla. Esta decisión partió de dos premisas. La primera es que en una buena parte de los países de la región, el aborto por la *causal salud* existe hace varias décadas y pese a ello no opera como una herramienta para que las mujeres accedan a la interrupción del embarazo en forma segura y oportuna. Adicionalmente, la interpretación amplia e integral de la *causal salud* es una manera de ganar terreno en la lucha por el acceso al aborto en tanto la despenalización sin condiciones es aún un horizonte incierto en la región.

El propósito político de esta iniciativa fue **generar un espacio de debate virtual para construir un consenso** entre un grupo amplio de personas⁸ e instituciones provenientes de diversas disciplinas y miradas⁹, sobre los alcances de la causal salud en cuanto a su in-

⁶ Católicas por el Derecho a Decidir/Colombia, Corporación Humanas, Grupo de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, Fundación Oriéntame, Red Nacional de Mujeres, Women's Link Worldwide/WLW, Isabel Agatón, Raquel Sofía Amaya, Ximena Castilla, Claudia Gómez, Ana Cristina González Vélez, Beatriz Linares, Florence Thomas). La Organización WLW no integra más la Mesa pero era parte de este colectivo cuando se llevó a cabo la construcción del consenso.

⁷ Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (Católicas por el Derecho a Decidir; Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia; Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE; Ipas México, Population Council México).

⁸ Personas que participaron del debate. Alfonso Carrera, Ana María Camarillo, Aníbal Faúndes, Aidé García, Agustín González, Ana Cristina González Vélez, Angela Heimbürger, Ana Labandera, Adriana Ortega Ortiz, Beatriz Quintero, Blanca Rico, Carmen Amezcua, Cecilia Barraza, Cecilia Olea Mauleón, Camila Umaña, Cristina Villarreal, Débora Diniz, Elsa Pérez Paredes, Fernanda Díaz de León, Florence Thomas, Giselle Carino, Gillian Fawcett García, Helena Acosta, Juan Carlos Vargas, Justa Montero, Juanita Durán, Katia Soarez, Katherine Romero, Leticia Cuevas, Luisa Cabal, Lilian Sepúlveda, Luis Távora Orozco, María Luisa Heilborn, Marcelo Medeiros, María Consuelo Mejía, María Isabel Plata, Miguel Gutiérrez Ramos, María Eugenia Romero, Mariana Romero, María Luisa Sánchez Fuentes, Marieke G. van Dijk, Paola Bergallo, Raymundo Canales, Raffaella Schiavon, Susana Chávez Alvarado, Susana Chiarotti, Sandy G. García, Silvana Ramos, Viviana Bohórquez.

⁹ Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (Católicas por el Derecho a Decidir; Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia; Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE; Ipas México, Population Council México); Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Género; Asociación obstétrica del Uruguay; Campaña por la Convención Interamericana de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos; Campaña 28 de septiembre, día por la despenalización del aborto en América Latina y El Caribe; Centro Latinoamericana de Sexualidad y Derechos Humanos/CLAM; Center for Reproductive Rights/CRR; Centro de Estudios de Estado y Sociedad/CEDES; Centro de Atención Integral a la Pareja/CIPA; Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro/CLACAI; Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, CLADEM; Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia/FLASOG; Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Occidental (IPPF/RHO); Fundación ESAR; La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (Católicas por el Derecho a Decidir/Colombia, Corporación Humanas, Grupo de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, Fundación Oriéntame, Red

interpretación y aplicación a partir de una comprensión amplia del derecho a la salud en su acepción más integral, acorde con la ética y los tratados internacionales y otros instrumentos relevantes en materia de derechos humanos, con el fin de hacerlo operativo mediante la definición de criterios.

La finalidad del proceso era **la producción de un documento de posición** de consenso regional, para ser utilizado como herramienta entre los/as profesionales de la salud, así como para diversas actividades de incidencia política, de tal forma que la aplicación de la *causal salud* sirviera para ampliar el acceso de las mujeres a los servicios de aborto legal y seguro¹⁰.

La constitución del grupo de expertos/as se hizo considerando la trayectoria de personas e instituciones en América Latina, y algunas de otras regiones del mundo, que pudieran reflejar las distintas dimensiones involucradas en la discusión sobre aborto. Desde la práctica médica y la provisión de servicios, la orientación o consejería, la mirada de las parteras, de las enfermeras, de las trabajadoras sociales, de las abogadas. Desde la investigación, la incidencia en políticas públicas y el cambio cultural promovido por redes, campañas y consorcios. Desde la bioética, los aspectos económicos, los derechos humanos, los asuntos religiosos, la psicología, la medicina, el derecho y el litigio internacional y nacional. Este grupo constituyó un espacio de discusión técnica y política sobre los alcances de la *causal salud* y contribuyó a una comprensión amplia de la misma, de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud y el Protocolo de San Salvador¹¹. La pretensión fue la de superar los análisis que reducen el alcance de esta causal al riesgo para la vida o a un listado de enfermedades, impidiendo que las mujeres puedan acceder a una interrupción legal del embarazo, a partir de una mirada más integral de la salud tanto por parte de los prestadores de servicios como de los tomadores de decisión.

El consenso generado está plasmado en dos documentos, uno de posición y otro de fundamentación¹² y se basa en una comprensión amplia del derecho a la salud y su relación con otros derechos relevantes en la aplicación de la *causal salud*, en el marco del derecho internacional de protección de los derechos humanos. Su fin último es el de contribuir a ampliar el acceso de las mujeres a los servicios de interrupción legal del embarazo¹³ en América Latina, mediante dos objetivos:

Nacional de Mujeres, Women's Link Worldwide, Isabel Agatón, Raquel Sofía Amaya, Ximena Castilla, Claudia Gómez, Ana Cristina González Vélez, Beatriz Linares, Florence Thomas); Human Rights Watch; Pathfinder International; Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

- 10** El aborto seguro es aquel que sucede en condiciones adecuadas que no conllevan riesgo para la salud. Implica que sea realizado por profesional capacitado y en condiciones de infraestructura y seguridad sanitaria óptimas.
- 11** De acuerdo con la OMS la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. De acuerdo con el Protocolo de San Salvador (Art.10) toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del bienestar físico, mental y social.
- 12** Ver adelante para explicación amplia sobre estos conceptos.
- 13** La expresión Interrupción Legal del Embarazo/ILE se refiere al derecho de las mujeres a acceder a servicios de interrupción por razones que están contempladas en las leyes de cada país.



- ▶ Ofrecer argumentaciones para una interpretación amplia e integral de la *causal salud*, en consonancia con los tratados internacionales de protección de los derechos humanos y con la ética.
- ▶ Ofrecer una herramienta que brinde certidumbre a los y las profesionales que operan¹⁴ la *causal salud* para que la apliquen en forma oportuna, amplia e integral. El documento ofrece elementos para sustentar las decisiones clínicas contribuyendo a que no haya ambigüedades o arbitrariedades en la aplicación de esta causal.

Podríamos afirmar, entonces, que este proceso se basó en dos apuestas políticas:

- ▶ La construcción colectiva de un consenso en torno a los alcances de la *causal salud*.
- ▶ La generación de una herramienta técnicamente sólida que diera certidumbre a las/os profesionales para la aplicación amplia e integral de la *causal salud* de tal modo de ampliar y asegurar el acceso de las mujeres a los servicios de aborto.

14 La aplicación de la *causal salud* es un proceso cuya complejidad depende de las regulaciones de cada país. Puede incluir la emisión de un concepto del riesgo por parte del profesional, la presentación de la solicitud ante una junta, la práctica de exámenes diagnósticos y la práctica del procedimiento mismo, entre otros. Se denomina operadores a todos aquellos que, según las normas legales, directamente tienen un rol para garantizar la aplicación de la *causal salud*, siendo los responsables de hacerla efectiva. Se trata fundamentalmente de profesionales de la salud incluidos aquellos que están en los niveles administrativos. Tomado de *Causal salud, Interrupción Legal del Embarazo, Ética y Derechos Humanos*. Op. Cita.

2. Acuerdos estratégicos iniciales

Con el propósito antes mencionado, el grupo impulsor de la iniciativa (La Mesa y La Alianza) estableció un conjunto de acuerdos que facilitaron la confianza política entre las organizaciones y también con las personas que integraron el grupo ampliado/GA (las instituciones y personas que participaron en calidad de expertos/as en el debate del foro). Estos acuerdos dieron lugar a lo que puede llamarse un contrato.

El contrato, más allá de establecer reglas de juego para el funcionamiento técnico y operativo del proceso, se caracterizó por acuerdos colectivos que se sostuvieron a lo largo de todo el proceso, y a través de los cuales las personas involucradas se comprometieron con su tiempo y su energía a entregar sus conocimientos y apostar desde su trayectoria, al presente y futuro del resultado: el *consenso causal salud*. La participación a lo largo de todo el proceso, buscaba garantizar el equilibrio de las disciplinas y experiencias necesarias para el debate. En otras palabras, el contrato en su acepción metafórica, se trató no solo de un acuerdo inicial sino de un acuerdo de largo plazo fundado en un altísimo compromiso personal y sostenido en mecanismos de control y movilización para hacerlo operativo. A continuación se describen estos acuerdos:

a. *La realización de dos reuniones para la toma de decisiones colectivas*

- ▶ Una reunión inicial (México) en la que se fijaron **los términos del debate técnico** sobre *causal salud* (esquema de contenidos) y se discutió la metodología del foro virtual, enfatizando en los compromisos de las personas e instituciones y estableciendo claramente el papel del grupo impulsor y la importancia de la participación de expertos/as. En esta reunión, además, se discutieron las reglas de juego para la discusión virtual y el proceso en su conjunto.
- ▶ Una reunión final (Bogotá) de **consenso**. En esta reunión se discutieron los temas que durante el desarrollo del Foro generaron opiniones divergentes o controversiales, o que no lograron cerrarse en el espacio del foro, o que eran de una relevancia crítica para el devenir del trabajo (ver más adelante). Es decir, se convocó la reunión para una discusión abierta y transparente sobre las diferencias. Se discutieron también las estrategias de difusión del consenso y las audiencias a quienes debería dirigirse así como las herramientas para tal difusión.

b. *Claridad en el establecimiento de los roles*

- ▶ El grupo impulsor delegó en una secretaría técnica (en adelante ST) la conducción del foro y la elaboración de los contenidos del documento. Su función primordial fue la



de sostener y animar el debate virtual, generar los insumos técnicos para el mismo, coordinar las reuniones, identificar los puntos de debate y tensión, acompañar en forma permanente la construcción del consenso y elaborar el documento final.

- ▶ El grupo impulsor, además de establecer la ST, se constituyó en un espacio de discusión política para delinear el futuro de las acciones que se desprendieran del proceso *causal salud*, asumiendo la responsabilidad hasta el final, con un producto concreto. De la misma manera, participó activamente en las discusiones técnicas.
- ▶ El grupo ampliado se constituía de esta manera en co-autor del texto en la medida en que tuvo participación permanente en cada uno de los borradores que dieron lugar al documento final. Su rol fue fundamentalmente técnico pero también tuvo participación en las decisiones políticas sobre el futuro de las acciones derivadas del proceso *causal salud*.

C. *Establecimiento de los propósitos y alcances del documento*

Desde el inicio del proceso fue clara la necesidad de tener propósitos, así como de definir los alcances del documento. Estos propósitos fueron establecidos por el grupo impulsor y presentados desde el inicio al grupo ampliado de tal forma que todos/as, compartieran la visión sobre el proceso desde el «arranque». Los alcances fueron el resultado del propio proceso y esto permitió una amplia participación del grupo ampliado, generando mayor sentido de apropiación. A continuación se explicitan los propósitos y alcances.

■ Propósitos

- ▶ Generar un espacio de debate entre un grupo amplio de personas e instituciones provenientes de diversas disciplinas y miradas, sobre los alcances de la causal de salud en cuanto a su interpretación y aplicación, que permita construir un **documento de posición** para la región de América Latina y ampliar el acceso de las mujeres a los servicios de aborto legal y seguro.
- ▶ Identificar criterios que permitan una interpretación lo más amplia e integral posible del concepto de salud brindando herramientas que contribuyan a evitar interpretaciones restrictivas de la causal salud.
- ▶ Generar certidumbre entre los/las profesionales de la salud y los operadores de la justicia que deben interpretar como parte de su quehacer, los alcances de la causal en un nivel práctico.
- ▶ Proveer elementos para contribuir a que no haya ambigüedad o arbitrariedad en la aplicación de la causal salud como resultado de la función de la práctica profesional de los proveedores de servicios.
- ▶ Proveer a las mujeres con herramientas para que tengan claridad acerca de cuándo pueden acceder a un aborto seguro por la causal salud sin ser posteriormente procesadas.

■ Alcances

- ▶ Abarcar la región de América Latina.
- ▶ Convocar a un número amplio de profesionales de la salud, de diversas disciplinas, para aplicar los contenidos consensuados en el libro *causal salud*.
- ▶ Difundirlo en múltiples espacios y con diversas metodologías.

d. *Estándares para el debate*

- ▶ No constreñir las argumentaciones a lo médico: incluir los universos de lo legal y la ética, como pilares fundamentales para el debate.
- ▶ Cuidar el lenguaje inclusivo para evitar hablar sólo en masculino.
- ▶ Presentar los conceptos en forma respetuosa y sin posturas absolutistas.
- ▶ Pluralizar, abrir a otras posibilidades y puntos de vista.
- ▶ Usar ejemplos como una manera de simplificar y de resolver la abstracción argumentativa.
- ▶ Mantener los más altos estándares técnicos en las discusiones pero logrando un nivel de complejidad moderado en el documento y un lenguaje claro.

e. *Definir los términos que serían usados en la discusión*

Dado que las palabras y los términos están cargados de connotaciones y con el propósito de generar mayor sentido de inclusión entre el público receptor del documento, se discutió el uso de algunos términos clave.

- ▶ Interrupción Legal del Embarazo en lugar de interrupción voluntaria del embarazo o aborto.
- ▶ Mencionar siempre y en forma separada, salud sexual y salud reproductiva y derechos sexuales y derechos reproductivos.
- ▶ Siempre hablar de salud como un derecho humano.
- ▶ Explicitar la relación entre el derecho a la salud y otros derechos.
- ▶ Acuñar la expresión operadores de la *causal salud*.
- ▶ Profesionales de la salud en lugar de proveedores.
- ▶ Orientación en lugar de consejería.

3. La tecnología como herramienta para el trabajo regional

La metodología para lograr la discusión entre integrantes del grupo ampliado fue el desarrollo de un foro virtual que duró siete meses. El foro es una herramienta que consiste en una discusión cerrada realizada a través de un sitio de Internet. Fue liderada por una secretaria técnica, experta en temas de salud, encargada de proponer los términos del debate técnico. La actividad de moderación del foro incluyó el seguimiento a los términos del debate, la identificación de los puntos de desacuerdo, la evaluación de las dificultades técnicas que las/os participantes pudieran tener, etcétera. La ST contó a lo largo de todo el Foro con el apoyo de una abogada experta en temas de derechos y salud. Adicionalmente, fue muy importante establecer tiempos precisos para la discusión y cumplirlos pues esto le imprimió dinamismo al proceso. Tiempos para discutir cada borrador y tiempos para la producción del documento.

Pasos para el establecimiento del Foro:

a. Contratar un equipo técnico encargado del diseño de la página del foro virtual

Este equipo diseñó la página del Foro y entrenó a la ST en los asuntos relativos a su funcionamiento utilizando para ello un manual especialmente diseñado. Estos conocimientos fueron transferidos después al grupo ampliado.

b. Establecer la lista de participantes

El grupo impulsor elaboró una lista inicial de personas con alto nivel de reconocimiento en América Latina en el tema de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y particularmente el aborto, y en lo posible de países diversos de la región involucrados con este debate en forma activa. Esta lista se elaboró previendo que las distintas disciplinas y experiencias necesarias para el debate, estuvieran aseguradas. Al mismo tiempo, la lista buscaba incluir a las instituciones, redes, campañas y organizaciones con mayor trayectoria en la lucha por la legalización del aborto. Una vez confirmado el grupo de personas que participarían del debate, se conformó una lista con los correos electrónicos. Estas personas recibieron autorización, mediante clave, para participar en el Foro, con el fin de asegurar la privacidad que se requiere en un debate de esta naturaleza. Para facilitar la participación de este grupo, se elaboró un manual de usuarios que contenía todas las instrucciones necesarias, que fue presentado durante la primera reunión realizada en México.

C. Definir las reglas del juego para el Foro

Las reglas del juego claras facilitan la construcción de consensos e impiden discusiones innecesarias ayudando a mantener los acuerdos mínimos fundamentales.

■ Generales

- ▶ El Foro era un espacio confidencial y la información sólo debía circular entre sus integrantes. En el caso de las redes e instituciones estaba claro que ellas debían generar mecanismos internos para discutir con sus equipos de tal forma que la representación se hiciera a través de una sola persona y que ésta fuera responsable por garantizar el punto de vista de su organización.
- ▶ Sólo tenían acceso al espacio del Foro quienes hacían parte del Grupo Ampliado (GA).
- ▶ Para acceder al Foro la Secretaria Técnica (ST) proporcionó una clave.
- ▶ Quienes integraban instituciones debían involucrar en las discusiones a los/as colegas de trabajo con el fin de enriquecer los aportes.

■ Específicas para la discusión

- ▶ Las discusiones se hicieron en base a documentos «borradores» producidos periódicamente por la ST.
- ▶ Cada borrador en discusión estuvo disponible dos semanas con el fin de dar suficiente tiempo para leerlos, imprimirlos y opinar. Luego de este período el borrador quedaba cerrado y no era posible acceder más al mismo.
- ▶ Esta modalidad generó una verdadera discusión, dinámica y ordenada y evitó dilaciones innecesarias. Por esta razón se invitó a todas y todos a opinar y debatir lo más rápido posible una vez se abriera la discusión.
- ▶ Los aportes debían hacerse a partir del borrador que se estaba discutiendo, ser concisos y claros y estar centrados en el documento de posición. El documento de fundamentación es una herramienta de apoyo.
- ▶ Se sugería una lectura atenta del documento, así como de los comentarios que las y los colegas hubieran hecho previamente.
- ▶ Se solicitaba manifestarse sobre las controversias, expresando acuerdo o desacuerdo pero siempre sustentando el punto de vista.
- ▶ Si tenían algún documento para compartir, podían mandarlo a través del correo electrónico sólo a la ST quien se encargaba de distribuirlo.
- ▶ Periódicamente se enviaba aviso desde la ST, vía correo electrónico, sobre los siguientes puntos:
 - ▶ Correo electrónico a todo el GA avisando sobre un nuevo borrador.



- ▶ Correo avisando dos días antes de que se cumpliera el plazo para dar opiniones sobre el borrador que estuviera en discusión.
- ▶ Correo avisando que se había dispuesto en la WEB un documento adicional para consulta o lectura.

d. Ordenar las discusiones

Obedeciendo a la estructura acordada del documento, se llevaron a cabo siete discusiones en el espacio del Foro organizadas alrededor de los siguientes temas: derecho a la salud, principios a tener en cuenta para la aplicación de la causal, aspectos éticos, criterios de interpretación, dimensiones de la salud, definiciones operativas sobre el concepto de salud y criterios para resolver conflictos. Para cada discusión se dispuso de un documento borrador de posición y un documento borrador de fundamentación (ver más adelante). El grupo ampliado tenía la tarea de revisar ambos documentos pero sólo era posible enviar comentarios relacionados con el documento de posición, pues el documento de fundamentación se acordó que sería un documento de apoyo.

Estos comentarios debían ser «subidos» al Foro durante las dos semanas que cada borrador estaba disponible. También se acordó la necesidad de revisar los comentarios realizados por otros participantes para dar sentido al debate. Al final de cada tema la secretaría técnica recogía todos los comentarios y realizaba los ajustes al respectivo documento, según los debates dados en el foro. En algunas oportunidades, cuando se encontraron posiciones muy disímiles en relación a un tema particular, la ST propuso una discusión sobre el particular a fin de encontrar puntos de acuerdo y conocer los matices de tal o cual posición y/o debate.

De esta manera, a la par de la valiosa información técnica ofrecida en los borradores, tuvieron espacio las perspectivas de un grupo de expertos que han aportado al debate en la región, desde diferentes disciplinas e historias personales y políticas. Esta combinación entre el saber técnico y la experiencia (clínica, en investigación, en orientación, en bioética, en políticas, en estrategias) permitió establecer la posición –de consenso– que frente a los diversos temas tratados en el libro, tienen un conjunto de personas de prestigio y trayectoria en la región.

e. Preparar los documentos

El Foro se propuso elaborar dos documentos publicados en un solo libro, que refleja el consenso regional sobre *causal salud*. El primero, denominado **documento de posición**, contiene las ideas centrales de la discusión sobre los alcances de la *causal salud*. No se trata de un documento explicativo, sino prescriptivo. Su lenguaje responde al utilizado por los instrumentos jurídicos cuando refieren obligaciones de parte de los Estados. Este documento a su vez, contiene sugerencias interpretativas para la aplicación y operación de la *causal salud*, las cuales son el resultado de los argumentos desarrollados *in extenso* en el documento de fundamentación. El documento de posición contiene notas al pie que conducen al segundo

documento, el de fundamentación, de manera que el lector pueda consultar información más detallada sobre los temas de su interés.

El segundo documento es el denominado **documento de fundamentación**. Se trata de un texto teórico, extenso y ampliamente sustentado, en el cual se describen los argumentos detalladamente y se incluyen las referencias a los textos que fueron consultados para el documento de posición. Este documento va acompañado de la bibliografía completa. Su elaboración se basó en la decisión de brindar la mejor y más amplia información de soporte a los/as profesionales, de tal modo que cada concepto consensuado en el documento de posición, tuviera un respaldo en argumentos de autoridad, bien fuera de cortes nacionales o internacionales, o de instituciones de prestigio en el campo de la salud.

Finalmente, ambos documentos se organizaron bajo la misma estructura la cual consta de seis capítulos. El primero, «La *causal salud* en el marco de los derechos humanos y otros conceptos relacionados» revisa los contenidos del derecho a la salud y su relación con otros derechos. El segundo, «Dimensiones del derecho a la salud», desarrolla un concepto integral de salud en el marco del bienestar. El tercero, contiene los «Principios a considerar en la aplicación de la *causal salud*», los cuales se derivan del marco internacional de protección de los derechos humanos. El cuarto capítulo se refiere a las «Consideraciones éticas» que deben guiar el ejercicio profesional en la aplicación de la *causal salud*. El quinto, «Criterios de interpretación de la *causal salud* para garantizar el acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo/ILE», enfatiza la importancia de que la aplicación de esta causal, en caso de dudas, considere un conjunto de criterios que permitan resolverlas con base en las normas de cada país y en la garantía del respeto de los derechos humanos. Finalmente, el capítulo seis, ofrece «Criterios para resolver conflictos» que puedan presentarse en la aplicación de dicha causal.» En conjunto, los dos documentos reflejan la solidez del proceso¹⁵.

¹⁵ Adaptado de *Causal salud, Interrupción Legal del Embarazo, Ética y Derechos Humanos*. Op. Cita.



4. La producción de contenidos

La elaboración de los borradores que se discutieron en el foro virtual, estuvo basada en el análisis de la información contenida en cuatro fuentes principales: (i) Instrumentos internacionales y regionales (Convenciones, Pactos, Tratados y Conferencias) y pronunciamientos de órganos monitores creados por los tratados internacionales de protección de los derechos humanos (Comité de derechos humanos, Comité de Derechos Económicos, sociales y culturales, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Comité contra la tortura); (ii) Derecho y jurisprudencia comparada (incluidas las decisiones emitidas por las cortes y tribunales constitucionales de España, Canadá, Colombia, Estados Unidos) de países que han avanzado en la definición de la causal; (iii) Organismos internacionales y (iv) Artículos de libros, revistas, tesis, asociaciones médicas u otras.

La metodología utilizada para buscar y sistematizar la información tuvo en cuenta los siguientes elementos:

a. Objeto

Inicialmente la búsqueda de la información tuvo como objeto las interpretaciones del concepto de salud en relación con la causal de salud de aborto, particularmente las dimensiones de la salud: física, mental y social. Sin embargo, éste resultó ser un descriptor muy limitado respecto del cual el material disponible era escaso. Por esta razón, manteniendo el anterior como uno de los contenidos de la búsqueda, la misma se amplió a las interpretaciones del concepto de salud desde una perspectiva de derechos humanos. Cada uno de los elementos del debate que fueron identificados como fundamentales para la discusión, se denominaron «elementos de pertinencia». Estos elementos permitieron la organización de cada borrador.

b. Niveles

La búsqueda de información se realizó en varios niveles correspondientes a las diferentes fuentes consultadas:

- ▶ **Instrumentos internacionales y pronunciamientos de órganos internacionales.** En este punto se incluyeron los tratados e instrumentos internacionales que reconocen el derecho a la salud y los pronunciamientos de los órganos creados en virtud de los tratados: Comité de Derechos Humanos, Comité de Derechos Sociales Económicos y Culturales, Comité para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Comité contra la Tortura. Respecto a los Comités, por un lado se buscaron documentos generales que interpretaran el derecho a la salud, adi-

cionalmente, teniendo en cuenta que la mayoría de los pronunciamientos se enfocan en los países, se eligieron tres para hacer seguimiento en todos los comités, tarea que se encuentra en proceso. Los países son Nicaragua, Perú y Colombia, elegidos por su actual situación legal en relación al aborto. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos fueron descartadas porque no se encontraron casos que aportaran a la investigación.

- ▶ **Decisiones de países.** Se buscaron decisiones de los altos tribunales constitucionales de algunos países reconocidos por sus avances en materia de salud o por tener cortes progresistas: Colombia, Canadá, Estados Unidos y España. Sin embargo, también en este punto se fueron incluyendo nuevos países y nuevas instancias judiciales en las cuales se encontraron casos relevantes para la investigación, como Argentina.
- ▶ **Organizaciones internacionales.** Se buscaron documentos suscritos por organizaciones internacionales relativos al concepto de salud y sus dimensiones.
- ▶ **Artículos, documentos y otros.** Adicionalmente se buscaron documentos y artículos de diferentes disciplinas acerca del concepto de salud y sus dimensiones.

La amplia información revisada en este proceso es otro elemento altamente valorado en la construcción del consenso en tanto reflejó la seriedad técnica del debate y ordenó las discusiones en torno a información muy relevante.

C. Sistematización de la información

La información recolectada se consignó en documentos que se elaboraron con base en «elementos de pertinencia», es decir, aquellos aspectos de cada uno de los documentos revisados, que resultaron pertinentes para la elaboración de los borradores.

Durante la primera reunión en México, se discutió la estructura de lo que sería el consenso con sus dos documentos: posición y fundamentación. La metodología utilizada allí, fue la de desglosar los diversos temas y matices que deberían estar en cada uno de los capítulos que se discutirían en el Foro virtual. Allí se determinó, entre otras cuestiones:

- ▶ Profundizar sobre los alcances del trabajo multidisciplinario.
- ▶ Discutir el consentimiento en menores de edad y mujeres con discapacidad.
- ▶ El uso de casos concretos.
- ▶ Determinar los componentes de la información.
- ▶ Abordar el debate entre derechos de la mujer y vida en gestación: ponderación.
- ▶ Utilizar los compromisos internacionales y particularmente el Protocolo de San Salvador para la definición de salud.
- ▶ Profundizar el concepto de bienestar y proyecto de vida.
- ▶ Exponer los argumentos concluyentes acerca de que el síndrome post-aborto no existe.



- ▶ Determinar los efectos de la maternidad obligada sobre salud mental.
- ▶ Definir el concepto de riesgo: probabilidad y posibilidad.
- ▶ Establecer la importancia de la exposición del riesgo por parte del profesional a la mujer.
- ▶ Considerar la dimensión emocional de la salud.
- ▶ Incluir los análisis de práctica basada en evidencia.
- ▶ Producir un documento con el más elevado nivel de certidumbre jurídica, amparo en los derechos humanos y consistencia técnica en salud.
- ▶ Desagregar conceptos clave como: mejor estado posible de salud, nivel más alto de salud.
- ▶ Entender los principios en el marco de los derechos humanos.
- ▶ Traer al ámbito médico los criterios de interpretación legal de normas.
- ▶ Separar los análisis de vida y salud.
- ▶ Debatir los límites a la objeción de conciencia.

5. Hacia el logro de un consenso: aspectos técnicos en debate

Al finalizar las discusiones virtuales de cada uno de los capítulos del consenso, la ST identificó un conjunto de aspectos sobre los que no se había logrado una posición común entre las/los participantes. Algunos de éstos aspectos eran sustantivos en la perspectiva de construir un documento de consenso. Esta tarea se llevó a cabo de forma minuciosa con el fin de construir y consolidar la confianza entre los actores del grupo. Recuperar estos aspectos y brindar un espacio para la discusión colectiva durante la reunión de Bogotá fue una decisión estratégica en la búsqueda y el fortalecimiento de la confianza para con el proceso en general y para el consenso en particular.

Estos aspectos o puntos de debate fueron los siguientes:

a. Ponderación entre los derechos de la mujer y la vida en gestación

Si bien se reconoce que en los contextos en que existe la *causal salud* como excepción al delito de aborto la autoridad legal (legislativo o constitucional) realizó una ponderación entre los derechos de la mujer y la vida en gestación, el GA del Foro consideró que era importante para los/as médicos conocer los términos de este debate. Por ello se optó por hacer una mención en el documento de fundamentación citando los ejemplos de Costa Rica, Colombia y Alemania en donde el legislador expresamente establece la ponderación a favor de los derechos de la mujer. Esto dio tranquilidad a los/as profesionales de la salud.

b. El uso de la expresión ILE

Esta propuesta buscó introducir el concepto de «legal» en la expresión con la cual nos referimos en el documento a la interrupción del embarazo, y utilizarla en lugar de aborto porque éste último tiene muchas connotaciones negativas. No obstante, y aunque se acepta la importancia política de esta expresión, en algunos apartados del documento se habla de aborto, sobretodo cuando hace referencia a algún aspecto técnico.

c. El marco de los principios para la aplicación de la causal salud: los derechos humanos

En el capítulo sobre los principios se discutió la importancia de que éstos fueran derivados del marco de derechos y que se reconociera que algunos de ellos, además, son retomados por

la ética. Los derechos humanos son un marco apropiado porque son legalmente vinculantes para los países en la región, quienes son signatarios y han ratificado dichos instrumentos. Las obligaciones derivadas de estos derechos se expresan de tres maneras: obligación de respeto (el Estado no puede violar o interferir en el ejercicio de los derechos humanos), obligación de garantía (adaptar la legislación y adoptar políticas públicas para favorecer que los derechos humanos sean efectivamente ejercidos) y obligación de protección (impedir que terceros violen o intervengan en el ejercicio de los derechos humanos). Se opta por este marco como el más idóneo para la inclusión del capítulo sobre los principios en el consenso y se insiste en el carácter de la interdependencia de los derechos humanos.

d. Lenguaje obligante

Desde la perspectiva de algunos/as participantes del Foro, el uso del lenguaje obligante en el documento, generaba tensión. No obstante se acepta que este tono es un reflejo del tipo de decisiones y recomendaciones que contienen los documentos internacionales de Derechos Humanos y por ello es el que se adopta en la versión final.

e. Operadores privados

Algunas/os participantes expresaron que este documento no podía estar dirigido a operadores privados. No obstante, por tratarse de obligaciones derivadas del marco de los derechos humanos, se entiende que la interpretación amplia de la *causal salud* debe ser una instrucción impartida por el Estado en respuesta a su función de rectoría y que esto incluye tanto a los actores públicos como privados de los sistemas de salud. Se definió también la importancia de enfatizar en la responsabilidad profesional pues esto involucra a cualquiera en cualquier ámbito de prestación de servicios, público o privado.

f. Las autoridades judiciales como operadores

Desde el inicio de la discusión, estuvo claro que las autoridades judiciales no tienen por qué intermediar para lograr la adecuada aplicación de la *causal salud*. No obstante, en la práctica gran parte del acceso a los servicios de aborto se está logrando por la vía de la judicialización de los casos. Es importante aclarar que estos deben participar sólo cuando su actuación está claramente definida en las normas. En el caso de Colombia por ejemplo, el papel de las autoridades judiciales es recibir la denuncia. La justicia es el ámbito al cual se apela cuando el sistema de salud niega servicios. Por esta razón es importante pensar, como estrategia en el mediano plazo, en actividades de entrenamiento sobre causal salud dirigidas a los operadores judiciales. No obstante, se definió no mencionar a las autoridades judiciales como operadores de la causal de vida y salud de las mujeres.

Una de las preguntas durante este debate fue: ¿De qué manera podemos hacer útil el documento para los operadores judiciales que intervienen de hecho o de derecho en el acceso al servicio?

g. Categorías operativas

Uno de los retos y acuerdos fundantes del consenso sobre *causal salud* fue el de evitar el uso y difusión de listados cerrados de enfermedades para acceder a la ILE por esta causal. En su lugar, se optó por un esquema conceptual denominado «categorías operativas» que buscan describir el mayor número de situaciones potenciales en las que sería necesario considerar una ILE o bajo las cuales las mujeres podrían solicitarlo. Adicionalmente, la construcción de tales categorías se apoya en la identificación de factores de vulnerabilidad, precipitación y consolidación en relación a cada una de las tres dimensiones que conforman la salud. De acuerdo a como se expresó en el consenso, para el análisis y la comprensión del riesgo o afectación de las dimensiones de la salud, se adoptó un esquema que si bien fue originalmente usado para estudiar la salud mental, aquí se adaptó a todas las dimensiones de la salud:

- ▶ Factores de vulnerabilidad; aquellos que predisponen a la aparición de un riesgo o afectación para la salud de la mujer. Pueden ser físicos, mentales/emocionales o sociales.
- ▶ Factores de precipitación; aquellos que pueden desencadenar la aparición de un riesgo o afectación en la salud de la mujer. Pueden ser físicos, mentales/emocionales o sociales.
- ▶ Factores de consolidación: aquellas situaciones de carácter irreversible, crónico o que pueden generar consecuencias que impacten en forma crónica o a largo plazo la salud. Pueden también ser físicos, mentales/emocionales o sociales¹⁶.

h. La dimensión social de la salud

Como es claro para quienes se han aproximado a este debate, la comprensión de una dimensión social de la salud y la afectación que esta dimensión puede tener sobre la misma, es un tema difícil y poco promovido en el ámbito de la salud. Existía preocupación entre algunas personas del grupo por la categoría salud social y también el temor de que esta dimensión por incluir un espectro muy amplio de situaciones, pudiera generar resistencias entre algunos profesionales. Finalmente, se entiende la salud como un concepto integral y se acuerda trabajar los contenidos de esta dimensión y analizar la forma en que los determinantes sociales y culturales pueden afectar la salud. En otras palabras se trata de utilizar el concepto de «determinantes» como una manera de apelar a los contenidos consagrados en el derecho a la salud.

16 Este esquema se corresponde también con la clasificación de factores predisponentes, desencadenantes y secuelas que se usa tradicionalmente en medicina. Sin embargo, se trata de categorías más amplias que si bien incluyen éstas últimas, no se reducen a ellas.

i. El concepto de riesgo

El GA consideró fundamental empezar a discutir públicamente las interpretaciones y contenidos del concepto de riesgo a fin de desligarlo de la corriente que promulga que la salud está en riesgo solamente cuando la vida lo está, es decir, aquella que reduce el riesgo para la salud al riesgo de muerte. Este consenso propende por la difusión de un concepto de riesgo que incluya tanto la probabilidad como la posibilidad y que se refiera a un espectro más amplio: riesgo de enfermar, de sufrir complicaciones, etcétera.

j. Documento sobre la causal salud

El documento del consenso está concebido como una herramienta para cambiar la mirada de los/as profesionales de la salud, y ello requiere un trabajo concreto. Se acordó que el documento de posición es de carácter más político, y que tiene la pretensión de ser más concreto, mientras que el de fundamentación tiene todos los desarrollos de las referencias que aparecen en el de posición.

Es importante anotar que aunque está claro que muchos de los argumentos del consenso se pueden utilizar para interpretar otras causales, el objetivo de éste en particular, es el desarrollo de herramientas para contribuir a la interpretación de la *causal salud*.

- ▶ Se acuerda que los dos documentos (posición y fundamentación) están relacionados entre sí, y que todas las citas a referencias se incluyen en el de fundamentación.
- ▶ En otras palabras, el documento de posición es más político, interpreta, es una síntesis. El documento de fundamentación es técnico y ofrece la solidez necesaria para respaldar los puntos de vista y las ideas del documento de posición.

6. Hacia el logro de un consenso: la dimensión política

El consenso construido se hizo posible no sólo por la transparencia con que se adelantaron los debates técnicos, sino también y sobretodo por la posibilidad de establecer colectivamente acuerdos políticos durante este proceso. Parte de estos se expresan en la definición explícita de propósitos (ver arriba) y particularmente, en la voluntad de contar con una herramienta para uso regional de fácil difusión y utilización, dada la credibilidad y legitimidad con que fue construida. Credibilidad entendida como capacidad, seriedad y fortaleza técnica de los argumentos. Legitimidad entendida en función del nivel de reconocimiento que tienen los actores que integraron el GA en sus respectivas disciplinas. Otros elementos del consenso político:

- ▶ Contar con un instrumento que ofrezca argumentos sólidos y amplios.
- ▶ Contar con un instrumento que permita ampliar y transformar el discurso médico en consonancia con los DDHH. O en otras palabras, que incorpore en la práctica médica los contenidos de los derechos.
- ▶ La definición de la autoría del documento. Pese a que fueron la Mesa y la Alianza las que impulsaron el proceso, ambas organizaciones tuvieron claro desde el principio que era fundamental ceder protagonismo en aras de dar lugar al apoyo más amplio y plural posible al documento. Finalmente, éste fue avalado y firmado por todas las instituciones e instancias que participaron¹⁷ y se incluyeron los nombres de todas y cada una de estas personas.
- ▶ La forma como este consenso se presenta al público, es utilizando dos leyendas. La primera, dice que el documento es el resultado de la discusión colectiva de tales y cuales instituciones, y la segunda, agradece a las personas que aportaron individualmente al mismo. El aval individual implica un reconocimiento al esfuerzo e interés personal. El aval colectivo significó la oportunidad de presentar el consenso como un resultado regional.
- ▶ Este no es un documento para ginecobstetras sino para profesionales de la salud, y aunque los primeros juegan un papel fundamental, también lo hacen los/as médicos generales y de otras especialidades, así como otros profesionales de la salud –enfermeras, psicólogas– que pueden jugar un papel importante en la definición de un riesgo para la salud.

17 Solo dos organizaciones por razones internas no podías incluir sus logos en la publicación y por eso aparecen los nombres de sus participantes.



7. Las audiencias del documento

La apropiación del documento sobre *causal salud*, es un elemento crítico para la consolidación del consenso puesto que supone que cada una de las instituciones y personas participantes, reconocen que será útil para su trabajo. Las audiencias identificadas para entrenar y educar a profesionales para incrementar el acceso por *causal salud* fueron definidas colectivamente durante la reunión de Bogotá, permitiendo a los distintos grupos y colectivos, nombrar y dar reconocimiento a sus grupos de interés:

- ▶ Prestadores de servicios de salud: médicos/cas, enfermeras/os, parteras, trabajadoras/es sociales, psicólogas/os, orientadoras/os, etc., en todos los niveles de atención con énfasis en los niveles primarios pero incluyendo también los niveles de mayor complejidad para los casos de riesgo mayor.
- ▶ Autoridades administrativas de los servicios de salud.
- ▶ Asociaciones de profesionales y científicas incluidos los colegios de profesionales.
- ▶ Estudiantes de facultades de ciencias de la salud.
- ▶ Tomadores de decisión en el ámbito académico: para incorporar contenidos en los currículos de las facultades.
- ▶ Asociaciones del campo de la bioética.
- ▶ La prensa y los sectores políticos.
- ▶ Profesionales del derecho: abogados/as del Estado, gestores de la salud pública, jerarquía de la Defensa Pública.
- ▶ Autoridades judiciales. Si bien no son operadores de la causal, son una audiencia importante porque pueden estar involucrados en contextos en los que se busca judicializar estos casos.
- ▶ Movimiento de mujeres.

Aunque se reconoce que las mujeres no son una audiencia directa, el grupo concuerda en que la herramienta del consenso tiene elementos que pueden adaptarse para trabajar con ellas a fin de que puedan usar la *causal salud* para interrumpir el embarazo empoderándolas para demandar información a los servicios, así como para invocar esta causal cuando ellas lo perciban como una necesidad. Finalmente, es importante anotar que el GA consideró que si bien hay unas audiencias comunes en la región, en cada país las instituciones pueden identificar nuevos actores/as con quienes trabajar sobre los contenidos del consenso *causal salud*.

Aunque este documento de consenso busca ampliar y transformar el discurso médico fue fundamental mantenerlo en su ámbito: el de la salud.

8. Estrategias de difusión

Una vez elaborado el documento de consenso era fundamental para su difusión y para lograr el impacto deseado (facilitar el acceso al aborto por razones de salud), que se discutieran colectivamente las estrategias para ello. En el marco de esta discusión, realizada durante la reunión de Bogotá, se acordó también lanzar el libro en diversos espacios nacionales e internacionales relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

La base de estas estrategias fue la publicación de un libro con los dos documentos del consenso (posición y fundamentación) que incluye un CD en el cual se pueden consultar ambos documentos y todos los documentos originales que fueron revisados en el proceso de construcción del mismo. Las distintas instituciones e instancias que hicieron parte de éste, han venido llevando un conjunto de actividades, reflejando la utilidad del consenso y la continuidad del compromiso:

- ▶ Espacios de formación continua: universidades, especialidades médicas, o de salud en general.
- ▶ Entrenamientos en las instituciones prestadoras de servicios de SSR y que proveen ILE tanto en el sector público como privado.
- ▶ Presencia en congresos y seminarios nacionales e internacionales.
- ▶ Actividades de incidencia para entidades del sector público.
- ▶ Trabajos en asociaciones médicas para la difusión de los mensajes.
- ▶ Realización de campañas de comunicación dirigidas a prestadores de salud y a mujeres usuarias.
- ▶ Uso de sitios web de todas las redes, campañas, alianzas, instituciones, federaciones, etc., que trabajen en el tema de DSR.

Estos son algunos de los escenarios privilegiados para la difusión del consenso: la FIGO, la FLASOG, las redes regionales que promueven los DSR, las facultades de medicina, las ONG de mujeres o mixtas que trabajan en la promoción de los DDHH, las instancias de defensa judicial, los congresos nacionales e internacionales sobre derechos reproductivos, salud reproductiva, ética, sexualidad.



9. La generación de herramientas de trabajo: ¿cómo promover el consenso?

La difusión del consenso se ha hecho a través de múltiples herramientas:

- ▶ Un libro con los dos documentos y un CD interactivo.
- ▶ Una guía de entrenamiento sobre *causal salud* para prestadores de servicios de salud.
- ▶ Un power point estándar para la realización de entrenamientos.
- ▶ Publicaciones sobre *causal salud* dirigidas a organizaciones, redes, campañas y otras expresiones del movimiento de mujeres.
- ▶ Materiales de comunicación: video dirigido a mujeres, video para prestadores, animaciones y otros materiales para prestadores.
- ▶ Entrenamiento para entrenadores.
- ▶ Campaña en la página web.¹⁸

Finalmente, la continuidad en el uso del consenso está relacionada con la realización de acciones complementarias a las mencionadas arriba, algunas de las cuales deberían realizarse en forma paralela:

- ▶ Difundir la *causal salud* entre las mujeres usuarias desde una perspectiva de derechos.
- ▶ Impulsar la formulación y difusión de regulaciones sanitarias sobre las excepciones del delito de aborto tales como la *causal salud*.
- ▶ Monitoreo de los servicios y sistemas de salud.
- ▶ Promover debates sociales sobre el significado amplio e integral de la salud.
- ▶ Impulsar el análisis integral de los casos y examinar la coexistencia de causales. Por ejemplo, la relación entre violencia y salud y la relación entre malformación fetal y salud.
- ▶ Trabajo continuado de los grupos de mujeres con la comunidad y en la sociedad para promover el mensaje.

¹⁸ En noviembre de 2009 La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, junto con el CEDES iniciaron una campaña de difusión sobre la causal salud en medios virtuales de comunicación. Para mayor información visitar la página web: www.causalsalud.org

10. En síntesis: ¿cómo se construyó el consenso?

- ▶ Partiendo de la certeza de que las y los profesionales quieren transformar la realidad y requieren herramientas para ello. ¿Cuál realidad? La interpretación restrictiva de la *causal salud*. ¿Cuál transformación? Evitar un peligro para la salud de las mujeres. ¿Cuál herramienta? El consenso sobre la interpretación más ajustada al marco de derechos humanos a fin de proteger la salud y el bienestar de las mujeres en forma integral y garantizar su acceso a los servicios de ILE.
- ▶ La historia de experiencias, estrategias e intereses comunes que al menos durante los últimos quince años, compartieron muchos de los actores involucrados en este consenso.
- ▶ Generando un espacio de debate virtual entre un grupo amplio de personas e instituciones provenientes de diversas disciplinas y miradas. Su prestigio y trayectoria en la región dotaron de legitimidad al consenso. La fuerza y autoridad de las ideas le dotó de credibilidad.
- ▶ Estableciendo acuerdos que facilitaran la confianza política tanto al interior del grupo impulsor como con el grupo ampliado. Estos acuerdos abarcaron distintas dimensiones: toma de decisiones, definición de roles, dirección política y técnica, financiamiento, acciones a futuro.
- ▶ Apostando al proceso de construir el consenso como práctica democrática, como herramienta que permite crear y recrear a través del intercambio con el otro –como sujeto y como saber–. Abriendo oportunidades para ampliar el sentido de pertenencia y apropiación de lo que se produjo colectivamente, donde cada persona pudiera encontrar un lugar desde su saber, su experiencia y su liderazgo. Apostar al consenso como herramienta para el logro un acuerdo compacto sobre un tema concreto.
- ▶ Contando con un liderazgo permanente que condujo hasta el final, un proceso que se propuso objetivos concretos. Este estuvo asentado permanentemente en la consolidación de un proceso participativo e integrador del colectivo denominado grupo ampliado.
- ▶ Teniendo objetivos claros y apuestas políticas para generar una herramienta técnicamente sólida que diera certidumbre a las/os profesionales y poder construir colectivamente un consenso en torno a los alcances de la *causal salud*.

- ▶ Definiendo una metodología clara con reglas de juego para el proceso de participación en los debates y **respetar acuerdos**. A este nivel fue clave la claridad en el proceso de elaboración de documentos técnicos: la diversidad de las fuentes consultadas, el objeto, sistemas de búsqueda y sistematización de la información. Fijando plazos y cumpliéndolos.
- ▶ Estableciendo estándares para un debate amplio basado en el respeto de la autonomía de las mujeres, expresando las ideas sin usar discursos radicales y excluyentes, cuidando el lenguaje inclusivo, usando ejemplos como una manera de resolver la abstracción argumentativa y mantener el debate en el ámbito de la salud.
- ▶ Aceptando las diferencias y disensos. Esto es discusión abierta de los aspectos técnicos y políticos sobre los cuales no se logró una postura común entre el grupo y brindar un espacio para la discusión colectiva. Esta fue una decisión estratégica en la búsqueda y fortalecimiento de la confianza para con el proceso y por ende para con el consenso.
- ▶ Construyendo, técnica y políticamente, una coautoría del texto mediante la generación de mecanismos de participación oportunos y transparentes que usaron la tecnología para facilitar un proceso regional. Como resultado, el consenso fue firmado y avalado por todas las instituciones e instancias que participaron, y además se incluyeron los nombres de todas y cada una de estas personas. El aval individual implica un reconocimiento al esfuerzo e interés personal. El aval colectivo significó la oportunidad de levantar el consenso como un resultado político del trabajo regional.
- ▶ Produciendo el libro «*Causal Salud*» como una concreción del trabajo colectivo con dos documentos independientes. Uno de posición y otro de fundamentación. El primero más político y corto y el segundo amplio y sólido en argumentos de autoridad para dar fuerza al primero.
- ▶ Abriendo puertas. El proceso que llevó al consenso de *causal salud*, fijó una agenda para la región y reforzó el compromiso para su cumplimiento. A partir de éste, se han llevado a cabo un sinnúmero de actividades en múltiples espacios, generados por uno u otro colectivo: guías, debates públicos, campañas. Ha generado nuevos intereses y abre una gama amplísima de preguntas de investigación¹⁹.
- ▶ Acordando que el uso de las herramientas desarrolladas en la iniciativa de *Causal Salud* es libre, a fin de reforzar la apropiación de sus contenidos. De esta manera, las distintas organizaciones pueden expandir la idea según sus diversas realidades.

En suma, si tuviéramos que resumir el éxito de este consenso en una sola idea, podríamos decir que la «clave» para construirlo fue el compromiso de los/as participantes, la transparencia, claridad y respeto en los acuerdos, tanto técnicos como políticos, a lo largo de todo el proceso.

¹⁹ Por ejemplo, como es el proceso de toma de decisión para acceder a la ILE cuando se trata de proteger la salud? cuál es el rol del profesional en la exposición del riesgo como elemento para el consentimiento informado? que pasa con las mujeres que buscan una ILE por afectación de la dimensión social de su salud (afectación del proyecto de vida), que pasó antes del embarazo no deseado en términos del uso de AC y que pasa ahora que buscan el servicio y por qué en estos casos es mayor el riesgo de acudir a servicios inseguros puesto que los profesionales no han incorporado la interpretación amplia de la salud, etcétera.