

# De los derechos reproductivos a la justicia reproductiva\*

*Marji Gold*

---

## **Presentación de Peter Selwyn**

Es para mí un placer darles la bienvenida a la décima edición del Congreso Anual en Memoria de Harold Wise, quiero agradecerles su presencia, junto con la de la esposa de Harold: June Wise.

Marji Gold es nuestra conferencista hoy, tiene una trayectoria suficientemente larga para haber trabajado directamente con Harold, por lo que es un honor presentarla para dar esta charla. Marji es la académica con la trayectoria más antigua del departamento. Ha trabajado aquí desde 1976, antes de que muchos de ustedes nacieran, como solía decir mi abuela. Marji fue al Sarah Lawrence y a la Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York, hizo su entrenamiento aquí, de 1973 a 1976. Ella estuvo en la primera clase de residentes en medicina familiar y fue la residente principal durante su último año. Recibió capacitación especial adicional para cuidar abortos y salud reproductiva a principios de los años 80 del siglo pasado.

Marji sintió que era importante para los cuidadores adquirir habilidades y experiencia en atención a la salud de las mujeres y a su salud reproductiva, específicamente, debido a lo que podía estar por venir de parte de fuerzas políticas poderosas opuestas a estas temáticas. A lo largo de los años, ha sido una líder no sólo a nivel local, sino también al regional y nacional en cuanto a los servicios de salud reproductiva, en particular, en la

integración de la atención a dicha salud y al aborto en el contexto de la medicina familiar y la capacitación en atención primaria (APS).

Desde 2003 ha sido la directora del Centro de Educación para la Salud Reproductiva, que brinda capacitación y educación, tanto a nivel local como nacional. Es una educadora incansable y ha hecho cientos de presentaciones y enseñanza práctica compartida en muchos entornos diferentes. Tiene más de 70 publicaciones, muchas de ellas en colaboración con profesores jóvenes. Realmente ha sido una profesora y mentora atesorada por muchas generaciones de médicos familiares y proveedores de APS. Marji tiene un compromiso inquebrantable con una atención médica de excelencia y con las causas de las mujeres, pero también, más ampliamente, con la justicia social y la equidad en salud.

## **Conferencia de Marji Gold**

Es un honor estar aquí con ustedes hoy, quiero agradecer especialmente a mis pacientes y colegas, así como al personal de la clínica por compartirme sus historias a lo largo de muchos años y permitirme aprender sobre justicia reproductiva, muy especialmente al equipo de Montefiore, que me desafía y apoya en este trabajo todos los días. Mi presentación es realmente un esfuerzo de equipo, yo no hubiera sido capaz de prepararla a solas, tal vez ni siquiera hubiera venido hoy si ustedes no me hubieran acompañado.

Usaré la prerrogativa de una anciana para hablar sobre derechos y justicia reproductivos a través de mi propia historia, así como las de algunas de mis pacientes. Espero inspirarles a todos a incorporar la lente de la justicia reproductiva en el trabajo que hacen todos los días con las pacientes, con cualquier trabajo político que realicen y con la vida

---

**Marji Gold.** Médica. Departamento de Medicina Familiar y Social, Grupo Médico Montefiore, Nueva York, EUA. Correo-e: [marji.gold@einstein.yu.edu](mailto:marji.gold@einstein.yu.edu)

\* Conferencia dictada en el Congreso Anual en Memoria de Harold Wise, 13 de junio de 2017, Departamento de Medicina Familiar y Social, Centro Médico Montefiore, Nueva York, EUA.

en general. Comenzaré con una breve historia de mi experiencia con Harold Wise.

Conocí a Harold desde el principio de mi carrera, fue un visionario que aplicó el concepto de los médicos descalzos de China, por lo que brindó capacitación en habilidades médicas básicas a los aldeanos rurales para poder llevar atención a áreas donde los médicos no acudirían. Harold ayudó a crear centros urbanos de salud comunitaria al ofrecer capacitación en el trabajo a personas que vivían en los proyectos de vivienda cerca del Centro de Salud Martin Luther King en los años 60 y principios de los 70.

No creía que el sistema de atención estuviera sirviendo a las comunidades de la población negra y, por supuesto, éstas tampoco. Hubo muchas protestas importantes que exigían cambios, tanto en las comunidades de color, como en otros lugares. Como dijo Peter, formaba parte de la primera clase de medicina familiar en RPSM; cuando estaba en el internado del Hospital Morissania en el Bronx, Harold vino a visitarme una noche para hablar sobre el desarrollo de un plan de estudios para medicina familiar. Por supuesto, era una interna aterrorizada, con miedo de matar pacientes debido a mi falta de conocimientos.

Cuando me preguntó qué pensaba que necesitaba saber, dije "todo": acerca de las enfermedades del corazón, el asma, sobredosis de heroína (que ya era un gran tema entonces, así como ahora), etc. Me miró y me dijo que no debiera ser como todos los practicantes de medicina, sino tener un enfoque diferente. En ese momento me di cuenta de que él tenía ideas distintas a las mías respecto a lo que significaba ser un buen médico. Aunque a menudo sucede, cuando pasé de ser una interna con miedo a miembro del profesorado, un poco menos asustada, me di cuenta de que necesitaba incorporar parte de su perspectiva en la atención a las pacientes y la enseñanza que ofrecía a otros.

Eliana Korin, la directora de ciencias del comportamiento de ese departamento, y que muchos de ustedes conocen, a menudo se refiere al brillante activista educador brasileño Paulo Freire, conocido por su libro *Pedagogía del oprimido*.

Creo que Harold Wise habría estado de acuerdo con esta afirmación de Freire:

la educación funciona como un instrumento que se utiliza para facilitar la integración de la generación más joven en la lógica del sistema actual y lograr la conformidad, o se convierte en la práctica de la libertad y en los medios por los cuales hombres y mujeres se enfrentan de manera crítica y creativa con la realidad y descubren cómo participar en la transformación de su mundo.

Eliana invoca a Freire para recordarnos que los maestros deben ser presentadores de problemas, no los proveedores de sus soluciones, en este sentido, quiero enfatizar que, aunque me han pedido que me ponga de pie y hable con ustedes como experta durante una hora, como Harold Wise, rechazo este modelo de enseñanza - aprendizaje. Esperaba que estuviéramos en un entorno con mesas para que todos pudiéramos compartir fácilmente nuestras propias ideas y experiencias. Pero como ese lugar no estaba disponible, estoy aquí, algo renuente, debo decirlo, en un podio dentro de un auditorio con asientos fijos. Los asientos fijos no habrían impedido a Harold Wise o a Paulo Freire trabajar con otros para generar pensamientos y conversaciones. Así que haré lo mismo.

Durante esta charla presentaré algunos escenarios de los que podemos hablar en grupos. Además, aliento a todos a que me interrumpan cuando sea necesario y también animo a todos en la sala a que respondan cualquier pregunta en lugar de esperar que yo lo sepa todo. Hay dos personas de mi equipo que tienen micrófonos que les llevarán si alguien quiere hablar. Espero que al final todos propongamos ideas y acciones para unirnos al trabajo de justicia reproductiva, junto con el otro activismo que estamos realizando, e integrar una lente de justicia reproductiva en nuestro trabajo como clínicos, maestros y activistas.

Dos exenciones de responsabilidad para aclarar las cosas: me uní al movimiento de justicia reproductiva como aliada y activista sabiendo que provengo de una posición de privilegio. Espero que esta discusión de hoy anime a más de nosotros a considerar el uso de nuestras voces privilegiadas para respaldar y avanzar el trabajo, recordando que no estamos a cargo, ni somos nosotros los que lo

arreglaremos. Pero, como dice el viejo refrán: quedar fuera del movimiento nos hace parte del problema.

En segundo lugar, hoy hay una mayor conversación sobre el lenguaje inclusivo y de cómo evitar las conversaciones binarias de género que se usan más comúnmente. No debemos ignorar la historia de la opresión de las mujeres y la coerción reproductiva, en particular, teniendo en cuenta que la opresión también puede afectar a las personas transgénero y a las que pueden quedar embarazadas.

Trataré de usar la palabra "pacientes" tanto como sea posible, en este caso, como un atajo para referirme a dichas personas que pueden quedar embarazadas, pero también usaré las palabras "mujer" y "mujeres" con frecuencia. Sé que muchos en esta sala tienen más fluidez en este nuevo idioma que yo y estoy abierta a comentarios sobre cómo funciona la conversación en este contexto. Por cierto, como probablemente ya se habrán dado cuenta, esta charla no será lineal, ya que los problemas están matizados y se superponen, aunque se trata de datos, no estoy compartiendo muchos. De hecho, si no fuera propensa al mareo, podría haber organizado esta charla con *Prezzie* en lugar de *PowerPoint*.

### **¿Quién ha oído hablar de la justicia reproductiva? ¿Cuántos fueron parte de las grandes rondas que hicimos hace dos semanas?**

Para aquellos que levantaron la mano, las definiciones y explicaciones que voy a usar serán una revisión, ya luego iremos un poco más lejos, pero, para otros, algunas de estas ideas pueden ser nuevas, entonces, primero, vamos a ver qué son los derechos reproductivos. El movimiento por éstos se basa en garantizar los derechos legales y el acceso a servicios para practicar abortos. A menudo se considera el movimiento a favor de la elección (*pro choice*). Sin embargo, en este contexto, esta noción involucra individuos y, a menudo, ignora problemas sociales como la pobreza y la raza, que en los hechos prohíben a las mujeres ejercer tales derechos.

La justicia reproductiva fue desarrollada por mujeres de color en muchas comunidades que sentían que el concepto de elección era demasiado limitado y que no funcionaba para ellas. Todas enfrentaban un complejo conjunto de opresiones reproductivas y percibieron que su capacidad para determinar su propio destino reproductivo está directamente relacionada con las condiciones de su comunidad, y éstas no son sólo una cuestión de elección y acceso individual.

Un poco sobre interseccionalidad: es un concepto y término utilizado por primera vez por una académica jurídica llamada Kimberly Crenshaw, en 1989. Ella escribió que, tomadas por separado, la ley contra la discriminación, la teoría feminista y la política antirracista no abordaban las experiencias de las mujeres negras porque cada una se centraba en un solo ángulo.

La justicia reproductiva se basa en la comprensión de que las opresiones inherentes a raza, clase, género e identidad sexual, así como otros factores, funcionan simultáneamente, produciendo el paradigma de interseccionalidad. Este concepto puede ser entendido pensando en una intersección de tráfico al imaginar que estás parado en medio de un punto concurrido. Dependiendo de tus atributos específicos, te verás afectado por lo que se viene en tu dirección, pero al mismo tiempo.

Puedes ser privilegiado, oprimido o una combinación. Un enfoque de interseccionalidad puede ayudarnos a garantizar que en la medida en que trabajemos con nuestros pacientes y formemos parte de movimientos sociales más amplios, no pasemos por alto los desafíos que enfrentan las personas con múltiples opresiones. También puede ser útil para trabajar con comunidades que enfrentan desventajas superpuestas.

Revisemos la noción de justicia reproductiva, que a menudo es denominada JR, probablemente sea así como me referiré a ella. Ésta teje las perspectivas de justicia social, justicia racial y derechos humanos y se enfoca en la interseccionalidad. Abarca todos los movimientos y subraya la experiencia de vida de las personas y

comunidades marginadas y vulnerables. Los derechos reproductivos se centran en un solo problema e ignoran el hecho de que para las personas de color y las personas sin recursos, es posible que no haya opciones sobre quedar embarazada o tener un hijo.

El paradigma de elección es relevante, principalmente para aquéllos que sienten que pueden tomar decisiones en otras áreas de sus vidas. No obstante, es importante recordar que la JR no descarta la necesidad del acceso a un aborto seguro y asequible como parte de la atención médica de rutina. La comunidad de JR se opone a las restricciones sobre el aborto y apoya un mayor acceso a todo el espectro de anticoncepción y aborto, sin juicio ni coacción. Quiero subrayar que todo esto es en el contexto de la historia de Estados Unidos, en la que el racismo es vigente en algunos grupos, a menudo blancos, cristianos, educados, con dinero, y así por delante. Hay diversidad con posiciones más valiosas que otras, por lo tanto, algunas mujeres son más aptas para ser madres.

La JR es una respuesta a la larga historia de coerción reproductiva y abuso a las mujeres, especialmente a las de color en este país e internacionalmente. Los invito a pensar durante y después de esta charla sobre cómo el sistema valora la maternidad para diferentes personas y cómo esto afecta la forma en que brindamos atención a nuestros pacientes, enseñamos a nuestros alumnos y trabajamos dentro del sistema de atención médica existente.

### **¿Cuáles son los parámetros de la JR?**

El concepto de JR ha ido evolucionando y expandiéndose, algo del trabajo preliminar fue hecho por Loretta Ross y sus colegas en *Sister Song*, otros grupos de JR incluyen Juntas Adelante, la Red de Salud Sexual para Jóvenes Nativos, Defensa Nacional de Mujeres Embarazadas y de Color. Todos están involucrados en las actividades del movimiento, aplicando y refinando continuamente el contexto original. La JR se extiende más allá de los derechos y elegir, para abordar los factores históricos, sociales y económicos que contribuyen a la coerción reproductiva y la discriminación, incluye el derecho a no tener hijos, a tenerlos, a tenerlos en

un ambiente seguro y sano y a conservar la autonomía corporal personal.

### **¿Pueden elegir todas las mujeres de la misma manera?**

La JR reconoce que las múltiples formas de opresión social y discriminación impiden que las personas tengan y críen familias saludables, por lo que la libertad reproductiva requiere, por lo tanto, abordar todas las formas de desigualdad; es una respuesta al hecho de que muchas mujeres enfrentan limitaciones, como ser de color, de bajos ingresos o jóvenes provenientes de comunidades y situaciones con pocas opciones reales.

Un movimiento que se basa en el concepto de elección no toma en cuenta a aquéllos que están más afectados por las regulaciones gubernamentales y otros problemas sistémicos. Las mujeres con los recursos adecuados pueden elegir al quedar embarazadas continuar su preñez o hacerse un aborto, según el tiempo y la estabilidad en su vida. El acceso limitado o nulo a la anticoncepción hace a la elección para algunas mujeres una opción inexistente. La decisión de seguir embarazadas o de interrumpir sus embarazos también puede ser una opción elusiva, dictada por las circunstancias de su vida y las políticas del gobierno local.

Así que volvamos ahora a mi historia, muchos de ustedes probablemente piensen en mí como la persona del departamento que habla y enseña sobre el aborto, por lo que quiero compartirles mi inicio en este trabajo y cómo evolucionó, espero que mi historia pueda hablarles a muchos de ustedes y les ayude a establecer la necesidad de incorporar una perspectiva de JR en el trabajo que hacemos.

### **¿Cómo me involucré con la justicia social, los derechos reproductivos y luego con la JR?**

Mis abuelos huyeron de Rusia durante la persecución, buscando un lugar seguro para criar a sus familias. Los padres de mi padre se mudaron primero a Hungría y luego huyeron de nuevo con sus hijos ante el aumento del antisemitismo, por lo que llegaron al Bronx. La familia de mi madre se estableció en Connecticut, el padre de mi madre fue uno de los organizadores del sindicato local de

sastres y perdió una pierna en una confrontación con esquirols que pretendían romper una huelga. Por tanto, a pesar de una vida cómoda como niña, siempre estuve consciente del impacto de la opresión y de la importancia de la resistencia organizada.

Cuando era adolescente trabajé como tutora en un proyecto de vivienda local, en aquellos días, los niños con los que trabajaba eran en su mayoría afroamericanos y sus padres y abuelos se habían mudado a Connecticut desde el sur. Vi que sus vidas eran diferentes a las mías, pero no entendía cómo el racismo y la opresión sistémicos creaban estas diferencias.

En 1963, mientras trabajaba en unidades habitacionales, algunas personas me contaron sobre una marcha por los derechos civiles que se estaba planeando en Washington. Los autobuses venían a nuestras torres de departamentos para llevar y traer a la gente y de alguna manera convencí a mis padres de que me dejaran ir. No hay manera de explicar los sentimientos que tenía en el autobús o en el centro comercial en DC como parte de esa comunidad. Nunca en mi vida había visto a tantas personas o escuchado cantar tanto, y como una adolescente ingenua, estaba segura de que ganaríamos lo que era justo en ese momento. Vivir y aprender, no hay de otra.

Tenía muy poca comprensión o experiencia con el aborto hasta que fui estudiante de medicina en una rotación del servicio de obstetricia en el Hospital Bellevue en la ciudad, antes de que el aborto fuera legal. Cada noche admitíamos muchas pacientes, en su mayoría mujeres jóvenes pobres de color, con terribles complicaciones por abortos autoinducidos o realizados de manera poco segura. Una vez que se legalizó el aborto, cuando aún era estudiante de medicina, esas pacientes simplemente desaparecieron. Esta experiencia me hizo verlo como un problema de salud pública, enfatizando el hecho de que las mujeres recurren a éste cuando no quieren tener al hijo, pero que los inseguros y/o ilegales ponen en riesgo el cuerpo y la vida de las mujeres.

En ese contexto lo vi como una intervención médicamente necesaria, eso fue antes de que se convirtiera en un problema tan polarizado como lo

es ahora. También fue antes de que la Enmienda Hyde prohibiera el uso de fondos federales de *Medicaid* para pagarlo.

Tras ver muchos asaltos a *Roe V. Wade*, yo, como mujer blanca privilegiada, me comprometí cada vez más a proteger los derechos reproductivos, mientras escuchaba las historias de mis pacientes y las de muchos de mis compañeros de trabajo.

A menudo vi que el contexto en el que mis amigos y colegas profesionales podían tomar decisiones no se extendía a grandes grupos en este mismo país, ni a nivel internacional. No conocía el término JR en aquel momento, pero estaba aprendiendo que para poder brindar la atención que mis pacientes necesitaban, tenía que analizar los problemas de justicia económica, el medio ambiente, los derechos de los inmigrantes, la discriminación de los discapacitados, basados en la raza, orientación sexual y una serie de otras preocupaciones centradas en la comunidad y que afectan directamente el proceso de toma de decisiones de cada mujer.

Este cambio de enfoque para luchar en contra de la opresión reproductiva me desafió a examinar mis propias actitudes y comportamientos, así como a reflexionar sobre cómo las pacientes percibían mi lenguaje y mis acciones. Todos debemos estar seguros de que no estamos perpetuando el antiguo orden, aún con buenas intenciones. Antes de volver a ver lo que significa cada uno de los diferentes derechos, aunque se superponen en la lista de la JR, veamos algunos ejemplos de la historia de la coerción y la opresión reproductiva en los Estados Unidos.

Las mujeres en este país, especialmente las de color, han sido objeto de coerción y abuso reproductivo desde el siglo XVII. En esclavitud no tenían ningún derecho en absoluto, los médicos y otros profesionales del siglo XX, desde la lente de la eugenesia y el racismo, contribuyeron a la creencia de que las personas de color no tenían acceso a los derechos humanos completos. Las injusticias reproductivas continuaron hasta el presente en forma de anticoncepción y esterilización coercitivas, como en la campaña de 1968 para esterilizar a las mujeres puertorriqueñas, sin su consentimiento. Esto perpetuó la sensación

de desconfianza hacia los profesionales médicos por parte de las pacientes de color.

La coerción reproductiva aún continúa, incluso tan recientemente como en esta década y en este año. El gobierno actual propone limitar los cupones para alimentos a las familias que no tienen más de cuatro hijos, lo que demuestra que debemos mantenernos alertas contra la represión y la coerción. Muchos legisladores, científicos sociales y profesionales de la medicina mantienen fuertes creencias acerca de quién creen que sería una buena madre y quién no debería de tener hijos. Estas creencias pueden afectar la forma en que vemos y hablamos con nuestros pacientes, así como a las políticas que apoyamos o contra las que luchamos en todas estas situaciones. La perspectiva dominante ha sido que algunas mujeres son más aptas para ser madres y que algunos niños merecen mejores vidas. Como ya he dicho, en muchas de estas situaciones la comunidad médica ha sido cómplice de opresión y de coerción reproductiva.

### **Volvamos a ver los derechos específicos que se incluyen en el marco de la JR**

#### ***Primero, el derecho a no tener hijos***

Éste es el tema con el que estamos más familiarizados, ya que está relacionado con el más discutido: la prevención del embarazo y el derecho al aborto y, a menudo, se considera el punto de referencia del movimiento en favor del poder de elegir.

La pregunta planteada por el marco de la JR es: ¿Todas las mujeres tienen las mismas opciones o es la elección sólo un derecho de las mujeres privilegiadas con educación y recursos financieros? ¿Qué sucede con las que viven en la casa de otra persona, las que no tienen trabajo, las que laboran en dos empleos o aquéllas con miedo a ser deportadas si se conectan con el sistema de atención médica para recibir atención prenatal y dar a luz?

En el ámbito médico, elegir es también un problema sistémico de acceso, no se trata sólo de la protección legal para una decisión individual de utilizar un anticonceptivo o hacerse un aborto, sino

también de poder llegar al lugar donde se encuentran esos servicios, tener los recursos financieros para pagarlos e incluir la posibilidad de faltar a trabajar, conseguir cuidadores para sus niños y así sucesivamente.

#### ***En segundo lugar, el derecho a tener hijos***

Aquí es donde realmente aparecen las ideas en torno a quiénes son aptos para ser madres y padres. Durante la esclavitud, las esclavas fueron obligadas a tener relaciones sexuales con los dueños de los esclavos y sus hijos no fueron suyos para criar, sino también esclavos para ser trabajadores vendidos como propiedad. No tenían el derecho a no tener al hijo del dueño, de sus hijos o de su personal. Pero, al final, tampoco tenían el derecho a ser padres de sus propios hijos. Cuando la esclavitud fue abolida y las mujeres y sus hijos ya no se consideraban propiedad del dueño, la perspectiva sobre quién debía tener hijos cambió, pero la idea de que ciertas mujeres no eran aptas para ser madres no. Ahora que las mujeres no eran propiedad legal de nadie, el sistema cambió su perspectiva ligeramente sobre la procreación. En vista de la larga historia de anticoncepción forzada y esterilización de mujeres de color en este país, es difícil ignorar la incorporación de la profesión médica como cómplice de estas ideas sociales y planes gubernamentales. Y, como sabemos, superar ideas y prácticas históricas no es fácil.

Cuando comencé a trabajar en el Bronx, había incorporado el concepto de que los adolescentes no deberían ser padres por muchas razones que había escuchado, y también de que las personas pobres no tampoco o, al menos, no tantos. Así que pasé mucho tiempo hablando sobre anticoncepción, aunque en los años 70 esta conversación era bastante corta porque en realidad no había demasiadas opciones anticonceptivas. Aprendí a realizar abortos y pude ofrecerlos a mis pacientes conmigo, su médico de atención primaria. Por supuesto, a pesar de estas conversaciones, muchas pacientes quedaron embarazadas por diversas razones, y muchas decidieron proseguirlos. Tuve la oportunidad de ver la fuerza y la resistencia en sus comunidades, cómo se apoyaron mutuamente y demostraron que su comunidad podía criar niños. Vi adolescentes madurar a través de la paternidad o maternidad. Algunas que abandonaron la escuela

después del nacimiento de sus hijos, decidieron regresar más tarde, dándose cuenta de que no tenían suficiente educación para ayudar a sus hijos con sus tareas. Algunas de estas mujeres han completado estudios de posgrado y sus hijos ahora están en la universidad, lo que demuestra que embarazarse y llevarlo a término no mantiene automáticamente a las mujeres y familias en la pobreza. Darme cuenta de todo esto transformó mi cuidado y mensaje a mis pacientes, realmente me empujó al campo la JR.

### ***En tercer lugar, el derecho a criar hijos en entornos seguros y saludables***

La interseccionalidad de la vida para las personas que enfrentan múltiples opresiones y la integración de la JR en otros movimientos es muy evidente en el derecho de criar hijos en un entorno seguro. En el clima político de hoy, muchos de nosotros estamos involucrados en varias actividades de resistencia organizadas.

La perspectiva de la JR reconoce que, a menos que abordemos las múltiples causas de la opresión y la inequidad, no podremos tener una verdadera justicia reproductiva. El derecho a criar hijos en entornos seguros y saludables significa que debemos abordar todos los siguientes problemas: el medio ambiente y el cambio climático, el sistema de justicia penal, el salario mínimo, las condiciones de trabajo justas, la inmigración, la violencia, la reforma de salud y muchos más.

### ***El derecho final en el marco de la JR es el de mantener la propia autonomía corporal personal***

Este es un tema realmente importante que debemos considerar como clínicos y como todos los que se relacionan con pacientes, teniendo múltiples oportunidades para apoyar o socavar su autonomía corporal personal. Como personas con poder, hay que ser muy conscientes de que no estemos reproduciendo de manera involuntaria estas dinámicas, permitiendo que nuestros prejuicios sobre cómo y cuándo la gente debe ser padre o madre impacten sobre la calidad o el contenido de nuestra atención al paciente.

Quisiera que nos tomemos unos minutos para que hablen con las personas que están sentadas a su lado. Piensen acerca de su experiencia cerca de un movimiento o una organización en la que han estado involucrados o que apoyan. ¿Se consideraron explícitamente o no los problemas relacionados con la justicia reproductiva? ¿Pueden pensar en las formas en que los grupos de los que son parte podrían haber retomado estos temas en su trabajo?

(Pausa para discusión en grupos pequeños).

Hay dos temas que quiero destacar, ya que para mí son muy importantes y no se pudieron hablar en los grupos:

Hay una tensión entre acceso y coerción. A medida que trabajamos para practicar de una manera que encarne los principios de la JR, debemos ser conscientes de la tensión entre el aumento entre estos dos elementos. En nuestro entusiasmo por ofrecer lo que consideramos las mejores opciones para nuestros pacientes, incluyendo todas las situaciones médicas que abordamos, aunque hoy estamos hablando sólo de opciones reproductivas, frecuentemente decidimos qué es lo mejor para la paciente y luego insistimos sobre esa opción. Un ejemplo es el relativamente reciente cambio en la promoción de la anticoncepción reversible de acción prolongada (ARAP), como el DIU y los implantes.

Hasta hace poco, los DIU se consideraban una opción de último recurso sólo si otros métodos habían fallado. Con los nuevos datos de profesionales médicos que analizan la eficacia, los métodos ARAP se consideran los más efectivos. Los estudios actualizados enfatizan que las restricciones anteriores sobre la elegibilidad para los DIU, como ya tener un hijo sano o ser un adulto en una relación monógama, ya no son válidas. Estos nuevos datos nos empujan a ofrecer los métodos ARAP como opción de primera línea. La justicia reproductiva aborda tanto el acceso a la atención como la evitación de la coerción, especialmente la no intencional. Nuestro entusiasmo por contar con nuevas opciones debe

pasar por reconocer que la eficacia podría no ser lo más relevante para las pacientes en su decisión sobre la anticoncepción.

Recordando esto debemos evitar la idea de que ARAP es el mejor método para todas las pacientes. Es esencial ser cuidadosas de no presionar sobre el uso de esos métodos a sus pacientes. Algunos estudios realizados aquí en RPSM muestran que los médicos sentían que habían fracasado en su trabajo si la paciente no había salido de la oficina con un dispositivo ARAP y eran reacios a retirar un dispositivo si lo solicitaba. Por otro lado, debemos abordar las barreras sistémicas que hacen que los ARAP y otros métodos sean inaccesibles a las pacientes debido a su costo, problemas de seguro, requisitos de elegibilidad desactualizados, falta de condiciones de capacitación y las políticas del gobierno actual.

Debemos maximizar el acceso a la atención, mientras preservamos la autonomía de la paciente. Necesitamos saber todo lo que podamos sobre la gama de los métodos anticonceptivos y presentarlos centrándonos en ellas. Las discusiones sobre opciones anticonceptivas con nuestras pacientes deben realizarse sin juicio o suposición sobre qué método creemos que es mejor.

El otro tema del que creo que es importante hablar es sobre el embarazo en la adolescencia, que es muy importante en este país.

Nos centramos en la idea de que los adolescentes viven en la pobreza porque quedan embarazadas y creemos que como profesionales conocemos sus opciones mejor que las adolescentes mismas. Sólo quiero decir claramente que la desigualdad social, especialmente la pobreza, es el contexto para el embarazo adolescente, pero no resultado del mismo. Por supuesto, en mi experiencia como médico de familia en el Bronx, veo a muchas adolescentes y, aunque no queden embarazadas, la pobreza sigue siendo un problema para ellas, conseguir un buen trabajo sigue siendo un reto. Ingresar a la universidad con mucha frecuencia no les es posible, incluso con un diploma de escuela secundaria, porque las instituciones en las comunidades pobres pueden no haber preparado a los estudiantes para el trabajo de nivel universitario.

De hecho, estudios recientes señalan que la elección de programa de estudios en las escuelas secundarias públicas de la ciudad de Nueva York se ve afectada por los mismos factores sociales y económicos. De esta forma, los niños con más recursos ingresan a las mejores escuelas. Como miembros progresistas de la comunidad de atención médica y como miembros de la sociedad en general, queremos las mejores oportunidades para todos, pero nuestro trabajo es promover y respetar la autonomía personal y ofrecer información sin prejuicios.

Como dije anteriormente, he visto a muchas adolescentes que cuentan con los recursos sociales y emocionales y que son bien apoyadas en su maternidad. Así que creo que debemos repensar nuestros prejuicios sobre lo que significa el embarazo para una adolescente, darle información si lo desea y apoyar la decisión que ella misma cree que es la mejor.

¿Qué problemas reproductivos ve en las vidas de sus pacientes? ¿Cómo evita incluir sus propias opiniones o valores en estas conversaciones y hacer que su atención sea verdaderamente centrada en la paciente?

(Pausa para discusión en grupos pequeños)

(Después de la pausa, un miembro de la audiencia informó sobre una paciente adolescente que rechazó los consejos de su médico de obtener un implante. La paciente quería la píldora anticonceptiva e informó que podía usar su teléfono celular todas las mañanas para despertarla y recordarle que tomara la píldora, algo que no se le había ocurrido a su médico.

Necesitamos poder ser respetuosos con las historias y los temores de las pacientes. Sólo aprendí esto al trabajar con mis pacientes, escucharlas y hacer que me contaran sus historias. Entonces pude darme cuenta de que no estaba necesariamente en el lugar adecuado para ellas, y tuve que modificar lo que hacía.

### **¿Por qué es importante para nosotros la JR?**

Porque proporciona un contexto y una perspectiva a los problemas sociales subyacentes que enfrentan

muchas de nuestras pacientes cuando buscan atención de salud reproductiva, incluida la anticoncepción, el acompañamiento al embarazo, la atención para abortos y los servicios preventivos de rutina. Las pacientes pueden contar historias sobre la coerción y el abuso reproductivo hacia sus familiares y amigos y esto puede afectar cómo y qué escuchan cuando les hablamos. Los médicos y otros profesionales en el mundo de la salud han sido cómplices de acciones y políticas coercitivas y abusivas. Debemos tenerlo en cuenta.

Tenemos que rechazar este prejuicio y cederles el poder de decidir querer ser padres/madres y cuándo. Como gente con poder, tenemos que ser muy conscientes de no estar reproduciendo de manera inconsciente estas viejas dinámicas y dejando que nuestros prejuicios sobre cómo y cuándo las personas deben ejercer la paternidad/maternidad, impacten la calidad de nuestra atención. Los temas de JR se cruzan con otro activismo social y político, pero otros movimientos a menudo no abordan o ignoran la importancia de incluir un marco de JR en su trabajo.

Para inspirarnos a seguir adelante con la integración de la JR en todo nuestro trabajo, me gustaría compartir brevemente algunos de los trabajos realizados por los grupos involucrados en este terreno. Hay muchos de estos grupos, y no estoy seleccionando a ninguno porque creo que son mejores que los otros, sino sobre todo porque tenían imágenes muy bonitas en Internet.

En mayo, *Black Lives Matter* (Las Vidas Negras Importan) y otros organizaron llamadas telefónicas y diversas actividades para pagar la fianza y exigir la liberación de más de 100 madres encarceladas la semana anterior a su día. Tienen previsto continuar con este trabajo.

*National Advocates for Pregnant Women* (Defensoría Nacional de las Mujeres Embarazadas), con sede en la ciudad de Nueva York, se ocupa de muchos temas relacionados con los derechos de las mujeres embarazadas encarceladas y drogadictas. Recientemente, organizaron y ganaron una campaña para derrotar un proyecto de ley en Wisconsin que había autorizado el encarcelamiento de mujeres

embarazadas que consumen alcohol o sustancias controladas. También hacen mucho trabajo en torno a las mujeres embarazadas encarceladas.

Color es la organización de Colorado para luchar por las oportunidades de las latinas y sus derechos reproductivos, es una organización juvenil que trabaja la educación sexual integral y contra el estigma del aborto y la parentalidad adolescente.

Los activistas académicos y políticos de Oklahoma colaboraron para organizar un foro sobre JR que integraba la perspectiva de la JR en el ámbito académico.

*Sister Song* (Hermana en la Canción) y la *National Women's Health Network* (Red Nacional de Salud de las Mujeres) publicaron esta declaración como un llamado a la acción. Escribieron:

Nuestro objetivo final desde la justicia reproductiva es mejorar la salud, el bienestar social y la integridad corporal de todas nuestras pacientes. En ese espíritu continuemos nuestros esfuerzos para hacer que la ARAP sea asequible y de fácil acceso. Pero también respetemos las decisiones de las mujeres de no usar la ARAP, su capacidad para dejarla cuando lo deseen y para tener los hijos que deseen. Recordemos que las mujeres mismas saben mejor dónde se ajusta la anticoncepción a sus relaciones personales y metas a largo plazo en todo momento.

Así que ahora que hemos visto las muchas maneras diferentes en que los colectivos rinden homenaje al trabajo desde la JR, desde foros políticos a espacios académicos y documentos técnicos, los invito a hablar sobre nuestro trabajo actual o ideas sobre nuevas formas de participación.

(Pausa para discusión en grupos pequeños)

Como oradora invitada supongo que puedo tener la última palabra y ser el problema final. Sé que en este clima político cargado, donde las conversaciones comunes ahora encarnan la antítesis de los valores que la mayoría de nosotros compartimos, el ala derecha está tratando de usar

sus creencias religiosas para reclamar terreno moral. Sin embargo, estoy totalmente en desacuerdo y siento que la justicia reproductiva es la base moral y que debemos reclamarla y actuar en consecuencia. Tengo un compromiso moral con la equidad y cuando veo a individuos y comunidades particulares que no pueden tener una participación plena en la riqueza de nuestro país, me pongo furiosa y me hago justiciera. Cuando veo la posibilidad de que mueran mujeres porque, una vez más, no tienen información o acceso a servicios de salud reproductiva de espectro completo, me siento moralmente indignada. Reconozco todo el trabajo importante que estamos haciendo y estamos comprometidos a hacer más y mejor. Aquí están mis pensamientos y preguntas finales. En nuestras vidas de activistas políticos tenemos que seguir yendo a reuniones, protestas y todo lo demás que hemos estado haciendo.

**La pregunta es: ¿Qué debemos hacer para infundir una perspectiva de JR en nuestro trabajo?**

¿Podemos, aquéllos de nosotros con privilegios, hablar en situaciones tensas y ser los que tomamos riesgos? En el ámbito clínico me pregunto si los médicos y otras personas involucradas en el cuidado de la salud están comprometidas con brindar atención anticonceptiva de espectro completo a las pacientes de una manera que sea consistente con su trabajo y capacitación. Específicamente, el aborto mediado médicamente nos ofrece la oportunidad de nunca volver al inseguro. Y, entonces, les pregunto a todos en esta sala: ¿Están practicando abortos médicos a pacientes en su entorno clínico? Y, si no: ¿Están dispuestos a aprender y comenzar? Mi equipo y yo estamos dispuestos a entrenar a cualquiera que esté interesado, ustedes pueden simplemente expresarlo.

Gracias a todos por venir y escuchar, espero que éste sea el comienzo de un proceso más largo para pensar y seguir hablando sobre estos temas o la continuación de lidiar con ellos, dependiendo de dónde se encuentren en el proceso. Esperemos que podamos hacer grandes progresos juntos.

**Recibido:** 25 de noviembre de 2018.

**Aceptado:** 12 de diciembre de 2018.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

