

La legalidad oculta: Percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud

Dalia Szulik^{1 2}

> daliaszulik@gmail.com

ORCID: 0000-0002-0772-9860

Nina Zamberlin³

> nzamberlin@ippfwhr.org

ORCID: 0000-0001-8688-8271

¹ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

Buenos Aires, Argentina

² Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires

Buenos Aires, Argentina

³ Federación Internacional de Planificación Familiar – Región Hemisferio Occidental

Buenos Aires, Argentina

Resumen: Desde hace casi un siglo el código penal argentino incluye situaciones en las que el aborto no está penalizado: riesgo para la salud y embarazo producto de violación. Sin embargo, su implementación ha sido inexistente hasta recientemente. Este estudio cualitativo exploró las experiencias de mujeres que accedieron a un aborto legal con el fin de analizar los recorridos que transitan e identificar los modos en que el estigma se percibe, manifiesta y procesa. Las mujeres parten del supuesto de que el aborto es siempre ilegal y “descubren” la legalidad después de recorrer un laberinto plagado de estigma, riesgo, frustración y desesperación. Las situaciones de mayor angustia no se vinculan a la decisión de interrumpir el embarazo sino al recorrido tortuoso que deben transitar. La “legalidad oculta” es causa y consecuencia del estigma vinculado al aborto.

Palabras clave: Aborto; Interrupción legal del embarazo; Estigma; Acceso; Argentina

The hidden legality: perceptions of stigma in the tours of women who discovered and accessed the legal termination of pregnancy for health reasons

Abstract: For nearly a century Argentina’s penal code has included two exceptions in which abortion is permitted: health risk and rape. However, the implementation of legal abortion has been nearly nonexistent until recently. This qualitative study explored the experiences of women who accessed legal abortions in Argentina. It sought to analyze the paths they must walk through and to identify the ways in which stigma is perceived, manifested and processed. All women interviewed started searching for clandestine solutions to their unwanted pregnancy assuming abortion was always illegal. They “discovered” legality after walking through a path marked by stigma, risk, frustration and despair. Distress is not linked to the decision to end the pregnancy but is rather a result of the path they wander through. The “hidden legality” is a cause and consequence of abortion stigma.

Key words: Abortion; Legal termination of pregnancy; Stigma; Access; Argentina.

A legalidade oculta: percepções de estigma nas trajetórias de mulheres que descobrem e acessam a interrupção legal da gravidez por razões de saúde

Resumo: Por quase um século, o código penal argentino inclui situações nas quais o aborto não é penalizado: risco à saúde e gravidez resultante de estupro. No entanto, sua implementação não existia até recentemente. Este estudo qualitativo explorou as experiências de mulheres que acessaram um aborto legal, a fim de analisar as jornadas pelas quais passam e identificar as maneiras pelas quais o estigma é percebido, manifestado e processado. As mulheres assumem que o aborto é sempre ilegal e “descobrem” a legalidade depois de passar por um labirinto cheio de estigma, risco, frustração e desespero. As situações mais angustiantes não estão ligadas à decisão de interromper a gravidez, mas à jornada tortuosa pela qual devem passar. A “legalidade oculta” é causa e consequência do estigma associado ao aborto.

Palavras- chave: Aborto; interrupção legal da gravidez, estigma; acesso; Argentina

La legalidad oculta:

Percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud

En este artículo¹ se presentan los resultados de un estudio que indagó sobre las experiencias de mujeres que accedieron a una interrupción legal del embarazo (ILE) en Argentina. El objetivo fue describir y analizar los recorridos de acceso buscando identificar las formas en que las mujeres perciben, manifiestan y procesan el estigma en torno al aborto.

Contexto normativo

Desde hace casi un siglo la legislación argentina incluye causales de no punibilidad del aborto: riesgo para la vida o la salud de la mujer y embarazo producto de violación². Sin embargo, su implementación ha sido prácticamente nula durante casi toda su existencia producto del desconocimiento, el desinterés del Estado por aplicar la norma, la falta de lineamientos (Bergallo, s/f) y la objeción de conciencia (Serna, Cárdenas y Zamberlin, 2019). Desde 2005 se han dado cambios importantes que gradualmente generaron una mayor institucionalización de ILE. Estos cambios se motorizaron principalmente a partir de un fallo de la Corte Suprema de Justicia del año 2012 conocido como fallo FAL, los protocolos desarrollados por el Ministerio de Salud de la Nación, la labor de profesionales de la salud y del derecho comprometidos y la incansable lucha de las organizaciones de mujeres que se articulan en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito (Ramon Michell y Ariza, 2018).

En 2018 se abrió por primera vez el debate legislativo para permitir el aborto voluntario hasta la semana 14, y posteriormente bajo las causales ya vigentes.

¹ Este trabajo se realizó desde FUSA AC en el marco del proyecto “Reducir el estigma para ampliar el acceso al aborto seguro” con financiamiento de la IPPF/RHO. Las autoras agradecen la colaboración de Andrea Berra y Victoria Keller.

² El artículo 86 del Código Penal, vigente desde 1922, determina los casos en los que el aborto se encuentra despenalizado: “El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1. Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; 2. Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.

Sobre el plafón construido durante décadas por el movimiento feminista de Argentina se generó una ola de movilización y apoyo al derecho al aborto sin precedentes que, a pesar de que los votos no alcanzaron para aprobar la ley, logró visibilizar y expandir la discusión en todos los ámbitos de la sociedad y trascender fronteras para proyectarse a toda América Latina. Luego del cambio de gobierno a fines de 2019 el poder ejecutivo expresó su clara voluntad de apoyar el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, pero el debate parlamentario no se ha iniciado aun y sigue vigente el modelo de causales que define el Código Penal.

El Protocolo para la Atención de Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo publicado por el Ministerio de Salud de la Nación en 2015 y actualizado en 2019, establece que:

“La causal salud puede definirse por el riesgo de afectación al bienestar físico, mental o social y entenderse que la interrupción del embarazo basada en esta causal es legalmente factible cuando cualquiera de estas dimensiones de la salud está en riesgo. Es decir, que se debe concebir la salud desde una perspectiva integral”.

(...) “Una interpretación adecuada de la causal salud supone entender, además, su vinculación con los conceptos de bienestar y determinantes sociales de la salud, en el marco de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos”.

(...) “La afectación de la salud mental puede resultar en un trastorno mental grave o una discapacidad absoluta, pero incluye también el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima”.

(...) “El concepto de peligro no exige la configuración de un daño, sino su posible ocurrencia”. (Ministerio de Salud, 2019:15).

Si bien el protocolo es claro y se basa en una perspectiva integral de la salud, las autoridades sanitarias y los servicios de salud en general lo ignoran o rechazan y operan bajo una visión altamente restrictiva del concepto de riesgo para la salud, entendiéndolo en términos puramente biomédicos y de riesgo grave e inminente (ADC, 2015). Los elementos del orden psicosocial son rara vez tenidos en cuenta, a pesar de que de la interpretación del artículo 86 del Código Penal a la luz de la Constitución y la legislación vigente se desprende que la continuidad forzosa de cualquier embarazo no deseado pone en riesgo la salud de la mujer y por lo tanto cuadra dentro de la ILE (Arostegui y Deza, 2014).

Esto genera un escenario altamente complejo y contradictorio en el que la ILE es un derecho poco accesible. En este contexto operan las redes y organizaciones

feministas como las Socorristas³ que ofrecen asesoramiento sobre abortos seguros con misoprostol fuera del sistema de salud o los equipos de salud que trabajan en “reducción de riesgos y daños”. En consonancia con este escenario, los estudios disponibles sobre experiencias de aborto se enfocan primordialmente en mujeres que abortaron pero que no accedieron a una ILE (Chaneton y Vacarezza 2014; Szwarc y Fernández Vásquez 2018; Ramos et al 2014; Petracci et al 2012).

Estigma asociado al aborto

El estigma ligado al aborto se define como un atributo negativo asociado a las mujeres que buscan interrumpir un embarazo, situación que las marca como inferiores con relación al ideal de mujer/madre. Al abortar se violan las normas sociales dominantes de la sexualidad, la procreación, la maternidad y el imaginario de la mujer como “criadora-cuidadora” (Kumar, Hessini y Mitchell, 2009). El estigma afecta la salud emocional y mental de las mujeres e incide en la decisión de develar o mantener en secreto las intenciones de abortar o la experiencia de haber abortado (Shellenberg et al, 2011).

La literatura da cuenta además de los efectos del estigma como barrera en la atención y el modo en que puede influir en el bienestar y la salud de las personas estigmatizadas⁴. La prohibición legal del aborto implica una posición clara del aborto como algo moralmente condenable que contribuye al estigma, y a su vez, el estigma contribuye a la penalización (Zamberlin, 2015).

El estigma se plantea en los diferentes niveles de la interacción humana: entre los individuos, en las comunidades, las instituciones, las estructuras de gobierno y en los discursos. A su vez, en el nivel individual el estigma puede ser abordado en tres áreas (Link et al, 1997; Shellenberg et al, 2011): 1) estigma percibido: la percepción individual acerca de lo que los demás piensan sobre el aborto, y lo que podría ocurrir si la experiencia propia tomara estado público; 2) estigma experimentado: la experiencia real de ser blanco de acciones de discriminación, agresión u hostigamiento por parte de terceros; 3) estigma internalizado: es la manifestación de las dos anteriores dimensiones en sentimientos de culpa,

³ Socorristas en Red es una articulación de colectivas feministas autónomas de distintas regiones de Argentina que, siguiendo los protocolos de Organización Mundial de la Salud, dan información y acompañan a personas que han decidido interrumpir un embarazo, para que lo hagan de manera segura y cuidada.

⁴ Como ejemplo, resulta contundente el vasto desarrollo en este sentido sobre VIH/SIDA. Ver Petracci y Romeo (2011).

vergüenza, ansiedad y otros sentimientos negativos que producen malestar y motivan el ocultamiento.

Este marco conceptual fue la perspectiva desde la que abordamos las diferentes dimensiones de este estudio, con la intención de profundizar en la comprensión de situaciones estigmatizantes que aparecen en las vivencias de las mujeres entrevistadas.

Aspectos metodológicos

Se realizó un estudio cualitativo exploratorio por medio de entrevistas semi-estructuradas sobre una muestra no probabilística y coincidental. Fueron entrevistadas 18 mujeres entre 18 y 43 años (edad promedio 28) que accedieron a una ILE. El trabajo de campo se realizó en Ciudad de Buenos Aires, y localidades de la Provincia de Buenos Aires y Chubut. Las mujeres fueron identificadas en las instituciones donde se les practicó la ILE (servicios públicos y privados) y entrevistadas en un plazo de hasta 3 meses posteriores a ésta.

Cabe destacar que la muestra tiene un marcado sesgo dado que las entrevistadas son aquellas que pudieron acceder a servicios que realizan ILE desde una mirada amplia de la causal salud, los cuales son una minoría y no representan el común de los servicios de salud en la Argentina. Asimismo, es preciso mencionar que el trabajo de campo se realizó en 2016, dos años antes de que el aborto saltara a la escena pública a partir del debate en el congreso y la enorme movilización social.

El análisis de las entrevistas se presenta en base a dimensiones que permiten reconstruir el proceso que atraviesan las mujeres desde que decidieron interrumpir sus embarazos hasta que logran acceder a la ILE. Nos interesó, más allá de la exaltación de lo vivencial en el plano de lo individual, interrogarnos acerca de lo colectivo, construir el “ser social” a partir no sólo de recuperar la voz de los sujetos, sino pensando en la articulación entre lo individual y lo social (Rizzo García, 2002).

Elegimos la figura del “laberinto” como metáfora ilustrativa del “mundo social” que contiene a estas mujeres y por el que ellas transitan, a modo de dar cuenta de las dificultades y de los vericuetos que conlleva el proceso de acceder a una ILE.

La decisión de interrumpir el embarazo

Los relatos de las mujeres coinciden en presentar el momento en que toman conocimiento de su embarazo como un evento que irrumpe en sus vidas, quiebra

su cotidianidad y las perturba profundamente. Simultáneamente, surge la decisión firme y clara de no poder ni desear continuar con el embarazo. Los motivos responden a las implicancias que un embarazo representa en el momento de vida de cada entrevistada, en su situación personal, de pareja, familiar, socioeconómica y de salud (propia o de sus hijos/as), en su proyecto de vida y sus deseos. La expresión mayoritaria es de una decisión analizada, consciente, libre y autónoma.

Las decisiones tienen un elemento en común: son tomadas frente a una situación inesperada, lo que las convierte en decisiones de emergencia y, en muchos casos, en estado de desesperación. Sin embargo, las mismas resultan más racionales que emocionales o intuitivas. Son decisiones estratégicas en el sentido de que se toman en base a objetivos, metas y planes de desarrollo específicos. Podría hablarse de un carácter pragmático de la decisión, tal como señala Johnson (2018), quien encuentra también coincidencia con otros trabajos (Rostagnol, 2006; Petracci et al., 2012).

De la decisión a la acción: un recorrido laberíntico

Una vez tomada la decisión se plantea el problema del “cómo” en la certeza absoluta de que interrumpir un embarazo acarrea una situación de clandestinidad. Así se inicia un camino laberíntico de búsqueda de solución plagado de obstáculos, rechazos, temores, frustraciones y malestares que culmina casi azarosamente y por efecto de su firme perseverancia, en el acceso a una ILE en una institución de salud.

Los relatos refieren una intrincada trama de “contactos”, consultas e intentos en un recorrido extenso que involucra actores tanto del sistema de salud como del campo “informal”. Coincidimos con Szwarc y Fernández Vásquez en que “las mujeres que abortan no esperan pacientes, se convierten en agentes en sus experiencias de aborto: buscan información, construyen vínculos, tejen redes e incluso se proveen sus propios abortos” (Szwarc, Fernández Vásquez, 2018: 94).

Las búsquedas son “artesanales”, se configuran a partir de los recursos simbólicos, cognitivos y materiales de cada una. El punto de partida es casi siempre el mismo: indagar a partir del entorno cercano e Internet. El recurso del aborto autoinducido con misoprostol aparece como una opción relativamente accesible y de menor riesgo que otros procedimientos. Hay una postura homogénea acerca de evitar intervenciones quirúrgicas en el circuito clandestino, situaciones que generan temor y se asocian a mayor riesgo.

Se plantea así la necesidad de conseguir las pastillas. Existen dos caminos: comprarlas en farmacias, para lo cual por lo general es necesaria una receta, o en el circuito ilegal. Este último implica una exposición a la clandestinidad asociada a situaciones equiparables a la compra de drogas ilícitas.

“Me dijo tenés que llamar y decís que vas de parte de Ana y te encontrás en tal lado y te sale tanta plata. Yo decía parece que me estoy encontrando con un transa para comprar porro (Leila).

En las instancias iniciales del recorrido, algunas mujeres acceden a servicios de reducción de riesgos y daños o consejerías pre y post aborto ya sea en servicios de salud o por organizaciones de mujeres que realizan asesorías y acompañamientos.

Internet es un recurso muy utilizado donde no sólo se obtiene información, sino que también es posible conocer las experiencias de otras mujeres.

Empezamos a buscar por Google a ver qué podíamos hacer y en todos lados te explicaban la pastilla. Todos decían más o menos lo mismo: tomá Oxaprost, tomá misoprostol, con estas es más efectivo. Todos te dicen que hasta los tres meses (María).

Agarrás Internet y ves de todo, precio y te vendo esto y yo hice tal cosa (Alexia).

Del conjunto de entrevistadas que como primera acción intentaron interrumpir el embarazo con misoprostol, ninguna lo logró. De manera que el recorrido prosigue, ahora con mayor preocupación. Invierten más dinero, tiempo, sumado a la exposición del cuerpo. El resultado es un sentimiento de soledad, desesperación y angustia, que profundiza el tránsito por el circuito clandestino: se suman nuevos intentos con otros procedimientos y se recurre a más fuentes de posible solución.

Ya mi desesperación era otra porque pensé: “ahora sí o sí ya no lo puedo tener” estaba aún peor. Me dice otra amiga que en Liniers reparten folletos donde te lo pueden hacer. Fui, recogí 4 folletos que decían “solución a tu retraso de menstruación”. Llamé y hablé con dos chicas. Una de las chicas me dijo que pase por ahí. Era como una pieza cualquiera, con un par de camas chiquitas. Me dijo “ponete ahí”. Me dio 2 pastillas para ponerme debajo de la lengua y me puso 3 por abajo y una inyección por la vena, por la sangre y me puso otra inyección en la cola. Después pasaron 4 o 5 horas y me puso otra inyección, me dijo que era un dilatador también. Estuve ahí toda la noche y sangré, pero no mucho, y ella me dijo que en el día me iba a hacer efecto, o por la noche, que me podía ir a mi casa (Nadia).

En el tránsito de la búsqueda inicial algunas entrevistadas recurren al sistema de salud donde la generalidad es que no se aplique la normativa de ILE.

Nadie te da un dato, sólo te dicen que es ilegal (María).

Llamé a 0-800 salud sexual y ahí hablé con una chica y le expliqué el caso, y ella me dijo, que me podían ayudar solo si era producto de violación (Jimena).

En algunos casos el recorrido se ramifica a partir de “pistas” aportadas por profesionales de la salud que, si bien no dan respuestas concretas, ofrecen alguna información sobre dónde recurrir como la mención de algún servicio de salud o profesional específico donde existe la probabilidad de que la asistan en el marco de la legalidad, o la referencia a médicos que lucran con la práctica del aborto clandestino. Allí prosigue la búsqueda que puede finalmente conducir a la atención buscada o frustrarse nuevamente ante la falta de respuestas.

Mi obstetra me pasó un contacto y fuimos a ver al médico, yo ya estaba casi de 15 semanas, me cobraba 40 lucas para hacerlo particular. Fuimos, pagamos la consulta, me hicieron entrar a mí sola, mi marido afuera, la cartera te la hacían dejar y entrabas sola en un consultorio. El médico me trató bien, me explicó el procedimiento, tenía una carpeta con las semanas de gestación y ahí tenía los precios. Me dice bueno, vos estás de 15 y medio, te va a salir 40 (Jimena).

A medida que se avanza en el recorrido sin obtener resultados llega un punto de saturación. Las opciones se acaban, el tiempo corre, los intentos se frustran, las puertas se cierran, la desesperación aumenta. Crece la intranquilidad frente a la amenaza de “hacer todo y que no pase nada”, además del miedo al padecimiento físico. Piensan incluso en un aborto quirúrgico aun cuando les genera mayor temor y desconfianza. Se asume la decisión de tomar riesgos, de estar dispuesta a todo.

En las experiencias de intentos fallidos, la confirmación de que el embarazo prosigue es una instancia de extrema angustia. Esta confirmación suele darse por medio de una ecografía. La posibilidad de mostrar tangiblemente a través de la imagen o del sonido la existencia de aquello con lo que no se quiere tomar contacto, aumenta la desesperación y produce enojo. Las narraciones expresan desesperanza, desánimo y abatimiento.

Consigo un turno con un ginecólogo amigo de mi chico, me hizo la eco, me confirmó el embarazo y me dijo de la pastilla, me las receta dos por boca, dos vía vaginal cada 6 horas y repetís tres veces y esperamos, y volvés a repetir a los tres días. Bueno, así empecé con ese método, cuando llego a la semana 7 ya me había tomado 3 cajas de 16 pastillas, estómago reventado, estuve 15 días sin ir al trabajo, me destruyó el estómago, imagínate son 3 cajas de 16. A la séptima semana había ido a dos ginecólogos distintos, uno me dio un método, otro me dio otro, una pastilla cada hora vía vaginal, una solita. Empecé con eso, siempre lo mismo pasaba, un sangrado rosa

pero no era ni sangrado, era un líquido rosa, no tenía ni dolores ni nada, sí las descomposturas que me agarraba con las pastillas. A la séptima semana me comunico, yo ya tenía el número guardado que lo había conseguido por internet, de las Socorristas en Red, y me dan una entrevista a las dos semanas, me dijeron que estaba bien de tiempo que no me haga problema que generalmente a partir de la semana siete funcionaba con pastillas, yo ya me había tomado tres cajas antes por boca, vía vaginal, las dos vías a la vez. Bueno, en la semana 9 o 10 me junto con las chicas, consigo otra pastilla, yo ya iba por la cuarta caja, estaría de 11 semanas. Ahí sí tuve todos los síntomas de manual temblor, frío, sangrado, coágulos, dolores de panza impresionantes, retorcijones. Ese día me hice la idea que eso había terminado, de hecho se me hizo tal esa idea en la cabeza que dejé de tener los síntomas, no más náuseas, no me dolían los pechos, no estaba súper cansada que dormía todo el día. Me dijeron hacete una eco a la semana, a la semana vuelvo para una eco y me dicen “el embarazo está perfecto”, casi me muero, no, no puede ser, no puede ser... “¿quieres verlo vos misma?” Me quería poner el sonido y que lo vea, no, no lo quiero ver! ¡No lo quiero ver! con un ataque de nervios. Ese día mandé al carajo a mi pareja, al médico, se me voló la cabeza, exploté, creía que algo había finalizado y es como si hubiera hecho el test de nuevo y me digan estás embarazada, casi me muero, eso fue lo peor, estaba de 12 semanas. Desesperación total, ahí ya se me notaba que andaba como loca y empecé a buscar un aborto quirúrgico, no quería porque tenía pánico, no sabía a manos de quién iba a caer (Luz).

Las entrevistadas que habían accedido a consejerías pre aborto y no lograron interrumpir el embarazo con misoprostol, quedan sin referente que las pueda ayudar.

Hablé con el jefe de la salita y me dice que ya no se puede hacer nada ¿cómo que no se puede hacer nada? Porque yo necesitaba ayuda, que me ayuden, porque es algo horrible, me sentía más sola, nadie me ayudaba. Él me dijo que ya no me podía ayudar, como que me dejó en banda (Jimena).

La salida del laberinto no se vislumbra, sólo se acumulan experiencias de rechazo, frustración y fracaso. Sus vidas se paralizan buscando una solución.

Esas tres semanas prácticamente no estuve yendo al colegio, primero porque no había ganas y segundo porque ya desde temprano arrancábamos a recorrer la ciudad a ver dónde podíamos ir, de un lado nos mandaban a otro y a otro y así y así. (María).

Desde la semana 5 hasta la semana 13 fue un calvario, fue tremendo, fueron las peores semanas de mi vida (Luz).

La salida

La ILE se encuentra al final del laberinto. El contacto personal o vía Internet con organizaciones y redes feministas es un facilitador.

Era un video de algo de la igualdad de género o era algo así sobre que nadie te puede denunciar por preguntar o por decir. Explicaba todo de las pastillas, el método del AMEU, que te podían ayudar. Vi el video y me decidí a ir a la salita (Nadia).

Mi amiga conoce a una amiga que trabaja en una cátedra de género, y me comentó de la doctora X, me dijo que la vaya a ver a la salita (Fernanda).

Las entrevistadas accedieron a una ILE ya sea en el sistema público (centro de atención primaria u hospital) o en una institución privada. El tipo de resolución y la calidad de la atención es variable. Los centros de atención ambulatoria brindan el abordaje más amplio de la causal salud con equipos formados y atención centrada en la mujer. Los hospitales de tercer nivel aplican una mirada más restringida de la causal salud y presentan algunos déficits preocupantes en la calidad de la atención.

Las mujeres que finalizan sus recorridos en el sistema privado llegan sin tener una idea clara de que accederán a un aborto legal, sino más bien como un intento más en su transitar del laberinto clandestino. Ante la desazón de los intentos fallidos, los rechazos y negaciones, no saben muy bien ni a dónde van ni qué esperar, y se sorprenden de encontrar un espacio amigable que las introduce al mundo del aborto legal y les brinda una atención de calidad.

Pensaba que iba a entrar a un matadero prácticamente, que me iba a ver envuelta en sangre y nada que ver. Ni el ambiente, ni lo que se hizo, ni cómo se hizo, ni el tiempo que duró. Me imaginaba internada llena de gasas ensangrentadas, con una hemorragia y no. Cuando entré ya me di cuenta de que era un lugar amigable que no estás entrando a un matadero (Luz).

Pensar que estás haciendo algo en la clandestinidad, un lugar oscuro, húmedo, sucio, las paredes esas blancas de hospital con olor a hospital, vos que no entendés qué te van a hacer, quién te va a tocar, qué vas a sentir, nadie te explica nada, te hacen cosas y no sabés qué te están haciendo ni por qué. Pero fue nada que ver, gracias a dios pude llegar, gracias a dios no, gracias a la gente que se organiza, a las mujeres principalmente y a estas redes que se organizan para que vos puedas llegar a un lugar donde la experiencia no tenga que ser traumática (Paula).

Fue un gran alivio, no pensé que me iba a sentir tan contenida... no me esperaba nada bueno, creía que la iba a pasar mal (Leila).

Las mujeres entran en un espacio que las escucha y no las juzga, donde se sienten confiadas y respetadas. Cuando la legalidad se instala, los temores desaparecen, y la experiencia se dignifica.

Me saludó el médico, me senté, lo primero de lo que me habló fue del secreto profesional y entendí a la perfección todo y ya sabía de qué manera estaba encarando él la entrevista y en un segundo le conté todo. O sea, no es que me guardé algo, sabía que realmente podía hablar con él en confianza (Luz).

Me sentí con libertad de expresarme fácilmente. Me sentí súper cómoda porque yo no me imaginaba cómo iba a ser todo, me preguntaba en mi cabeza si ella me iba a preguntar por qué hiciste eso, y no fue así. Pensé que me iba a retar en cierto sentido, pero no, nada que ver. En todo momento me sentí súper cómoda y me explicó bien todo el procedimiento, me dejó su teléfono, que cualquier cosa la llame, súper contenida (Fernanda).

Pude encontrar las personas adecuadas y no sentir que estaba en juego mi salud o que me iba a morir. Llegás a un lugar que está limpio, conversás con una persona, te explica que estás dentro del marco legal, eso ya de por sí me hizo sentir menos culpable por más que tuviera todos mis motivos bien pensados, te da la tranquilidad que no estás cometiendo ningún delito (Alexia).

La palabra, la escucha y la actitud respetuosa y libre de prejuicios resultan clave para que la experiencia sea positiva. Las mujeres aprecian que los profesionales les expliquen detenidamente los procedimientos, les brinden contención.

Hablé con A por teléfono y ella me dijo que en el Hospital X me iban a atender, que fuera el lunes temprano que el médico me esperaba. A las 9:00 llegué al hospital y hablé con él. Me dijo cómo iba a ser todo, me hizo firmar un consentimiento (Juana).

La psicóloga en ningún momento me soltó la mano y me sentí muy contenida, y cuando me fui, me fui muy tranquila, cómoda, me sentí muy emocionada, contenida, aliviada (Martina).

El desenlace que permite poner fin al tortuoso recorrido y poder llevar adelante su decisión en un marco de respeto y atención profesional se percibe como una excepción, un oasis en el contexto de negación al que llegaron producto de la suerte o la casualidad.

Tuve buena suerte, pero es una cuestión de azar porque el médico de mi obra social podría haber sido otro conservador o en contra del aborto y me podría haber dicho no piba, qué lástima, como que es re azaroso eso (Lucía).

Yo no tenía idea de esto del ILE, ni a quién recurrir, con quién hablar, por eso yo le decía a la médica sos un ángel que se puso en mi camino, sin vos no sé a dónde iba a terminar, en cualquier lado, pagando lo que no tengo, endeudándome, con un miedo bárbaro (Alexia).

Descubrir y conocer la legalidad resulta muy complejo en un contexto donde hasta ese momento sólo habían encontrado advertencias, amenazas y sanciones. Para algunas entrevistadas es un hallazgo esclarecedor y pueden entender cómo sus situaciones individuales cuadran en una causal de ILE. Sus testimonios reflejan el padecimiento que significa el embarazo no intencional, que se incrementa y agudiza en el transitar infructuoso por el laberinto clandestino.

Como en todos lados el aborto es ilegal, no al aborto, no al aborto, en el colegio, en todos lados. Cuando la Dra. X me comentó que no es ilegal, le digo ¿cómo puede ser? Y me explicó que la ley dice que el aborto es ilegal exceptuando violación o cuando corre peligro la salud de la mujer y cuando ponen salud no especifican. Vos por salud ¿qué entendés? ¿Lo físico, no?, pero no, la salud va más allá de eso, va por lo psicológico, lo integral (Martina).

Acá me dieron un concepto amplio de la salud de la mujer, la integridad física y psíquica tiene que ver con esto y es el primer lugar donde entendí, o me entendieron en realidad, porque por todos los médicos por los que pasé antes de llegar acá me decían que irreversiblemente después de que interrumpas este embarazo vas a quedar con un daño psicológico y yo pensaba y decía: el daño psicológico lo estoy teniendo ahora que yo tomé una decisión y nadie me escucha, nadie puede atenderme, nadie puede darme una solución, esto me está haciendo daño. Yo tenía pesadillas, me levantaba todas las mañanas, me miraba al espejo y decía: Dios quiero que se termine esto, quiero mi vida de antes, quiero volver a ser la misma de antes, estaba amargada me veía amargada en el espejo. Ahora estoy feliz, no siento que esto tenga que ser una experiencia ni traumática ni pesada ni nada. Por el contrario, traumático fue haber recurrido a tantos profesionales y escuchar lecciones de moral, de psicología, de todo y nadie me escuchaba a mí, y la que lo estaba sufriendo en el cuerpo era yo (Luz).

Otras, aun luego de haber accedido a una ILE no terminan de comprender acabadamente el concepto de causal salud. Están aliviadas y satisfechas de haber podido resolver su situación de manera segura y contenida, pero la legalidad

queda en una nube confusa. La excepcionalidad de la legalidad se entiende como algo que aplica casi exclusivamente a la institución donde accedieron, y no así al resto del sistema de salud.

Acá el aborto es algo ilegal, acá si vos querés hacerte un aborto la doctora X es una de las doctoras que te atiende y te da la medicación sin cobrarte nada, las pastillas si llegás a tener una obra social te da una receta las comprás vos y las pagás, sino también te la da por parte del hospital ... pero no es legal.... Claro porque te deja la duda de que si ella te da una receta para unas pastillas y el hospital también te la da tiene que ver algo con lo legal (Silvina).

La "mancha" del aborto: estigma y descalificación

Siguiendo el modelo ecológico del estigma asociado al aborto (LeTorneau, 2016), profundizamos en la comprensión de cómo se manifiesta el estigma en los diferentes niveles.

Nivel individual: del "secreto" a la "revelación"

El nivel individual, la experiencia internalizada y percibida del estigma puede indagarse en torno a la revelación de la decisión o el hecho de practicarse un aborto. No se registró un comportamiento homogéneo en este sentido, pero el secreto/develamiento es una cuestión que aparece en los relatos con diferentes niveles de conflictividad.

La primera sensación que refirieron las mujeres es la de estar solas frente al problema, la decisión y el procedimiento.

Desde el primer momento vos no sabés y te sentís sola, y te sentís una mierda, pero te sentís una mierda porque no tenés a quién recurrir y tenés la sensación esa de desolación, de a quién recurro? (Alexia).

Esta sensación deriva en un sentimiento de desolación que logra atenuarse cuando descubren que otras mujeres de su entorno también abortaron. Todas conocen o pueden ubicar a una mujer que interrumpió un embarazo. "Descubren" historias de aborto de personas allegadas que desconocían hasta entonces.

Me llamó la atención cuando empecé a indagar, mi amigo y mi pareja

los dos tenían un montón de amigos que sus novias habían pasado por situaciones así, mi pareja tiene cuatro hermanas, tres habían pasado por un aborto. Me asombró la cantidad. Cuando empecé a indagar un poquito había un montón de gente que lo había pasado, pero es esto que está siempre como tapado, oculto, creo que todos por el mismo miedo, que sentís que estás haciendo algo que no está permitido (Luz).

Saber que otras mujeres pasaron por lo mismo tranquiliza, aliviana el peso de la decisión y naturaliza el aborto como un evento probable en la vida de las mujeres.

Cuando yo decido eso y hablo con mi madrina, que es una persona en la que confío mucho y me da consejos, también ella me dijo que de chica lo había hecho, que interrumpió el embarazo y que no es nada del otro mundo. Yo me sentía un poco mal por la decisión que había tomado y ella me dijo que ella lo hizo y que no era nada malo. Fue como decir bueno, entonces no me siento tan sola: mi amiga lo hizo, mi madrina lo hizo, era como que bueno, entonces lo puedo hacer también, no es nada malo (Mirna).

Muchas mujeres comparten lo que les pasa porque facilita la búsqueda de solución. Algunas lo hacen seleccionando a quiénes consideran más sensibles o dispuestos a empatizar con ellas. Otras eligen no hablarlo con nadie o no hacerlo con quienes creen que pueden juzgarlas o a quienes pueden herir por algún motivo.

A mi cuñada no se lo contaría porque ella tuvo que hacer un tratamiento para tener a mi sobrino, digamos para que no se sienta mal, pero no porque no lo entendiera. Yo no me siento avergonzada, quizás lo haría más por el otro que por mí, porque estoy 100% segura de mi decisión (Alexia).

El nivel individual del estigma aparece muy ligado a los niveles comunitario, institucional y estructural: mantener el “secreto” o decidir revelarlo queda vinculado a cuestiones externas, asociadas fundamentalmente al ámbito comunitario y legal.

Nivel comunitario

El estigma a nivel comunitario se refiere a las normas sociales y culturales, a las actitudes y comportamientos en torno al aborto que existen en las comunidades. El temor aparece como una constante en los relatos, así como también una evaluación negativa del clima de opinión social que circula en relación con el aborto. Este temor aumenta y se complejiza por el efecto subjetivo de los discursos excluyentes (religioso, legal, moral) (Johnson, 2018).

Pánico me que alguien se entere, paranoia hasta de mandar mensajes de texto y pensar que me están espiando (Luz).

La ilegalidad y el transitar por circuitos clandestinos, oscuros, ligados a lo prohibido, refuerzan la condena social y el miedo, lo que se traduce en una experiencia cada vez más solitaria.

La primera vez que me hago el tratamiento lloré un montón porque me daba bronca tener que estar haciendo esto en mi casa, encerrada, con unas pastillas que me salieron re caras, que no sabía qué mierda eran, dejando a mi nene en cualquier lado, cuando tendría que ser más simple: “no quiero tener este hijo, ir a mi ginecólogo con el que me trato hace 4 años, dale, ayúdame, sacámelo, listo. No te estoy pidiendo que me críes un hijo, te estoy diciendo que no quiero estar embarazada” (Oriana).

Te sentís desprotegida a nivel país porque es ilegal, ¿a quién recurro? ¿quién me ayuda? (Leila).

Revisar las creencias y opiniones sociales en torno al aborto también permite reflexionar sobre cuestiones culturales estereotipadas, los roles de género y la maternidad.

Te hacen creer que tener un hijo es fácil “ay, qué lindo, viste que los chicos te cambian la vida”, “vas a ver qué bien que la pasás, esto es re bueno para vos”. Entonces terminás diciendo “y sí, es un hijo”, te endulzan con eso... Tu hijo no tiene devolución, no te divorcias de él, lo formás vos, estás a cargo de una vida, de formar una persona, es muy groso ... es muy difícil traer una vida, hacerte cargo de construir una vida (Daniela).

La desprotección se traduce también en una crítica a la poca difusión del derecho a la ILE, al poco conocimiento del marco normativo y a la ambigüedad que circula socialmente en torno al estatus legal y a las posibilidades de acceso a la ILE.

Estaría bueno que lo puedan difundir un poco más porque debe haber muchas mujeres que están en esta situación y no deben saber de estos procedimientos, de este apoyo. Lo que pasa que como que es legal pero a la vez no (Fernanda).

Nivel institucional

En este nivel, nos interesó indagar acerca de la respuesta de los servicios de salud a una mujer que acude con la intención de abortar y profundizar sobre lo

que sucede cuando una mujer recibe una reacción negativa en los lugares en los que busca asistencia. Los relatos dan cuenta de la falta de orientación de los servicios de salud, que expulsan a las mujeres al circuito clandestino, no presentan opciones y refuerzan la negatividad del proceso.

La mujer de un compañero de trabajo me dijo que me acercara a la maternidad del hospital XX, que había como un programa que evalúan tu posibilidad y yo dije “bueno, andá a saber qué me van a decir”, porque lo primero que te sentís es señalada y “después me van a decir si sí o no”. Entonces como que eso lo dejé de lado. Es que vos decís... si vos querías buscar algo por el lado legal o por el lado de decir “bueno no me tengo que meter en cualquier lado”, si querés hacer las cosas bien, porque no andás por la vida mandándote cualquiera todo el tiempo, y querés hacer las cosas bien, y vas con tu marido y decís “me pasó tal cosa y ahora, yo no puedo en este momento, porque tengo un montón de situaciones y cosas, no hay manera”, más con el antecedente de salud que tengo con mi hija.... Entonces como que yo evalué un montón de cosas, no es que tomás la decisión así nomás, entonces te sentís juzgada, porque nadie te va escuchar y te va a decir “mirá lo que le pasa es que es una familia que tiene un montón de realidades” (Alexia).

El estigma se presenta, una vez más, a partir de ciertos fantasmas ligados a la ilegalidad, al miedo a ser denunciadas por estar cometiendo un delito y a ser señaladas desfavorablemente por los profesionales a quienes recurren.

Me sentí juzgada y criticada todo el tiempo, con todos (los profesionales) y eso que eran conocidos, eran amigos de mi pareja, pero con una formación que estaba en contra por sus creencias. Como que me decían yo no estoy de acuerdo y respeto tu decisión. Ellos me dejaban en claro todo el tiempo que lo respetaban pero que no compartían esa decisión. De hecho, uno trabaja en todo lo que es fertilización para que las mujeres puedan quedar embarazadas y yo iba con un embarazo perfecto que no quería, eso como que no le gustaba (Luz).

También está todo ese tema que si vas a una guardia y te van a meter presa ¿a quién le pido auxilio? Si donde tengo que ir a pedir auxilio, donde me tendrían que auxiliar supuestamente, me dicen “no, esto es ilegal, te vamos a denunciar” ¿me van a dejar que me muera? Yo pensaba: “mirá si me tomo las pastillas y me agarra una hemorragia?” y uno no sabe, puede leer ahí la información que dice va pasar esto y esto, pero después no sabés y tenés miedo y caes en la realidad que es una mierda, que cómo puede ser que no venga alguien y te diga “¿qué problema tenés? te voy ayudar en

tu salud”, no que tengas que estar ahí como si hubieras hecho algo malo, porque te hacen sentir delincuente, que estás haciendo algo prohibido, algo mal, tenés que comprar las cosas en secreto, te lo lleva uno en una moto no sé a dónde, todo así, horrible (Alexia).

La falta de empatía de los profesionales con los que interactúan se refleja también en situaciones concretas de consulta, en especial la ecografía.

Que me dijeran mirá ahí está tu bebé. Yo no necesitaba que me dijeran que ahí estaba mi bebé (Juana).

El sistema de salud es perverso. El ecografista que me palmó y me dice “chau mamá”, como recalando eso, hiriendo (Alexia).

Las experiencias de internación de algunas de las mujeres que accedieron a una ILE en hospitales públicos evidencian profundas deficiencias en la calidad de la atención asociadas no sólo a cuestiones estructurales sino a la actitud castigadora y culpabilizadora de algunos profesionales.

Lo peor fue cuando me vinieron a preguntar qué iba a hacer con el cuerpo del nene, con el feto, si me lo iba a llevar o lo mandaban a la morgue. Si, la que hizo el procedimiento. Fue horrible. Me dijo “¿Qué vas a hacer con el feto? ¿querés que te lo entreguemos? como si yo lo quería enterrar o quería hacer algo o si prefería que lo lleven a la morgue. Me hicieron firmar un papel que decía que yo dejaba los restos de mi hijo (Moira).

Conclusiones

Los recorridos de acceso al aborto legal están altamente condicionados por el contexto de penalización/ilegalidad/causales que rige en Argentina. El escenario donde el aborto es un delito, pero a su vez un derecho en ciertas circunstancias que no son conocidas por la población ni contempladas por el sistema de salud, se subsume en un imaginario colectivo donde el aborto es siempre ilegal.

Bajo este marco, una vez tomada la decisión, las mujeres despliegan un abanico de búsqueda de soluciones que comienza de manera intuitiva y “artesanal” y se va configurando a partir de pistas y hallazgos. De manera generalizada el primer resultado de la búsqueda es la información sobre misoprostol. La casi totalidad de las entrevistadas intentó sin éxito interrumpir con misoprostol, hecho que las obligó a buscar otras opciones.

A cada paso deben superar nuevas dificultades, remontar situaciones

que implican nuevos riesgos, nuevas demoras que hacen retroceder, avanzar equivocadamente, tropezar, atascar y entorpecer un camino donde se conjugan diversos elementos: la información obtenida por distintos medios, la posibilidad o no de disponer de recursos económicos, la demora y el consecuente avance del embarazo, el sometimiento del cuerpo a diferentes procedimientos, la interacción con distintos actores y profesionales, el contacto con el submundo clandestino, el aumento del miedo, la desesperación, el desamparo y la soledad.

Las búsquedas persisten hasta un punto en el que, producto de su tenacidad, y en parte por azar, se interceptan pistas que conducen a servicios que les ofrecen respuestas y las ingresan en el marco de la legalidad que desconocían y se les había negado sistemáticamente. Acceder a una ILE pone fin a las angustias vividas y permite recobrar la regularidad de sus vidas cotidianas. El resultado final se expresa en la sensación de volver a vivir, de retomar y retomarse, luego de haber “suspendido” su existencia. La angustia se termina y se resume en la emoción más citada: el alivio.

Los contextos y la calidad de atención de los servicios de ILE son diversos. Los hospitales públicos de tercer nivel son los que mayores déficits presentan en términos del cuidado emocional de las mujeres, especialmente cuando se trata de internación, mientras que las experiencias más satisfactorias se dan en espacios de atención ambulatoria tanto del sector público como del privado.

Desde la perspectiva de estigma, en el nivel individual los dilemas y malestares no aparecen vinculados a la decisión de abortar, sino que se presentan en el recorrido.

En el nivel comunitario prima un clima negativo de condena y señalamiento. El develamiento es limitado y selectivo. El secreto se encuentra ligado a la clandestinidad y al temor de verse envueltas en una situación de penalización legal.

Es en el nivel institucional donde se expresa con mayor contundencia el estigma experimentado. Es en el espacio de los servicios de salud, en el contacto con los profesionales y en la búsqueda de asistencia donde las mujeres se topan con actitudes que juzgan, negativizan y critican su posicionamiento objetivo y subjetivo respecto a interrumpir un embarazo. No es casual, es el espacio en el que no es posible mantener silenciada esta experiencia. El escenario de los servicios de salud condensa el estigma que se proyecta desde otros niveles (jurídico, legislativo, cultural), mostrando la tensión entre la decisión individual de las mujeres/ciudadanas y el contexto macro-cultural.

Retomando la analogía con el laberinto desde la mitología griega, al igual que el laberinto construido por el Rey Minos, el laberinto que atrapa a las mujeres encierra un minotauro propio, es el monstruo de la muerte, la cárcel o la imposibilidad de salir y lograr el objetivo. No hay un hilo de Ariadna claro y definitivo. La clave para encontrar la salida va apareciendo al tiempo que recorren

las diferentes instancias. A la vez, este recorrido va desplegando un proceso de estigmatización: las referencias a lo clandestino, la imposibilidad de hablar libremente, el miedo, la experiencia que se vive “en voz baja”.

En este proceso se abren espacios que empujan al aborto fuera del ámbito del secreto (Szwarc y Fernández Vásquez 2018). La muestra de mujeres entrevistadas representa a las que pudieron salir del laberinto. La posibilidad de la ILE aparece como una salvación, en un momento en que el tiempo, la fuerza y los recursos se agotaban.

Este estudio tiene la particularidad de haber abordado la interrupción legal del embarazo en Argentina, una práctica históricamente ignorada y negada, que se encuentra en proceso de construcción y sigue siendo una deuda pendiente (Ramón Michell y Ariza, 2018). Los recorridos de las mujeres son claro reflejo de esta realidad. No obstante, los desenlaces en los que se concreta una ILE en el marco de la causal salud integral, dan cuenta de un proceso de cambio y mayor apertura instalado en un conjunto acotado de servicios de salud motorizado por profesionales altamente comprometidos que entienden, defienden y aplican el marco legal y acompañan a las mujeres en sus abortos como una práctica de salud necesaria (Szulik y Zamberlin, 2017).

Hoy en nuestro país el aborto ya no es un secreto. Las mujeres abortan, lo dicen, lo gritan en las calles. Lo asumen para gestionarlo, lo comparten para informar y divulgar. Pasó del susurro a la proclama, profundizando la despenalización social de una práctica históricamente silenciada. Sin embargo, al no concretarse aun la despenalización y legalización del aborto voluntario, persiste una dimensión que refuerza el ocultamiento y obstaculiza el acceso a la ILE en el marco legal vigente: la falta de información y la confusión acerca de las causales que imprimen a este derecho una legitimidad difusa. La “legalidad oculta” es causa y consecuencia del estigma asociado al aborto.

Recibido: 06/12/2018
Aceptado para publicación: 04/03/2020

Bibliografía

- AROSTEGUI, Julieta, DEZA, Soledad. 2014. "Todo aborto es no punible" Revista Pensamiento Penal, Julio 2014.
- ASOCIACIÓN POR LOS DERECHOS CIVILES. 2015. ACCESO AL ABORTO NO PUNIBLE EN ARGENTINA: ESTADO DE SITUACIÓN - MARZO 2015.
- BERGALLO, Paola. s/f. "El aborto no punible después del caso F.,A.L. de la Corte Suprema. En: Abordajes en torno a los derechos sexuales y derechos reproductivos. El aborto en el marco legal argentino y los derechos humanos de niñas, adolescentes y personas con discapacidad. PIAF-FUSA-UP.
- COCKRILL, Kate, HESSINI, Leila. 2014. "Introduction: bringing abortion stigma into focus". *Women & Health* 2014 54(7), p. 593-8.
- CHANETON, Julie, VACAREZZA, Nuria. 2012. *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*. Buenos Aires: Marea Editorial.
- JOHNSON, María Cecilia. 2108. "Ni la pareja, ni la familia, ni la Iglesia deciden por mí": la experiencia del aborto en mujeres Católicas. *Sexualidad Salud y Sociedad Revista Latinoamericana*, n 28, abril 2018, p. 51-70.
- KUMAR, Anu, HESSINI, Leila, MITCHELL, Ellen MH. 2009. "Conceptualizing abortion stigma". *Cult Health Sex* 2009 11(6), p. 625-39.
- LETOURNEAU, Katie. 2016. *El estigma en torno al aborto en el mundo: síntesis de la literatura cualitativa*. Un informe técnico para integrantes de la Red Internacional por la Reducción de la Discriminación y el Estigma con relación al Aborto. Chapel Hill: Inroads.
- LINK, Bruce, PHELAN, Jo C. 2001. "Conceptualizing Stigma". *Annual Review of Sociology* 2001, 27, p. 363-385.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. 2019. PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO. 2º EDICIÓN 2019.
- NORRIS ALISON; BESSETT DANIELLE; STEINBERG JULIA R; KAVANAUGH MEGAN L; DE ZORDO SILVIA, BECKER Davida. 2011. "Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences". *Womens Health Issues* 2011 21(3 Suppl), p. 49-54.
- PETRACCI, Mónica, ROMEO, Martín. 2011. Índice de estigma en personas con VIH, Argentina. Informe Ejecutivo. Buenos Aires: Fundación Huésped.
- PETRACCI, Mónica, PECHENY, Mario, MATTIOLI, Marina, CAPRIATI, Alejandro, 2012. "El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires". *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, 2012, 12, p. 164-197.
- RAMÓN MICHELL, Agustina, ARIZA, Sonia. 2018. *La legalidad del aborto en Argentina*. Buenos Aires: ELA, CEDES, REDAAS.

- RAMOS, Silvina, ROMERO, Mariana, AIZENBERG, Lila. 2014. "Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina". *Reproductive Health Matters*. Vol. 22, sup44, p. 4-15.
- ROSTAGNOL, Susana, 2006. "Lugares y sentidos del aborto voluntario. Un diálogo con la bioética". *Perspectivas Bioéticas*. Año 11, No 21.
- RIZO GARCÍA, Marta. 2002. "Reseña: Experiencia, vivencia y construcciones de identidades". En ARFUCH, L. *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- SERNA, Sonia, CÁRDENAS, Roosbelinda, Zamberlin, Nina., 2019. "¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia". *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana* 2019, 33, p.137-157
- SHELLENBERG, Kristen, MOORE, Ann, BANKOLE, Akinrinola, JUAREZ, Fatima, OMIDEYI, Adekunbi, PALOMINO, Nancy, SATHAR, Zeba, SINGH, Susheela, ONG TSUI, Amy. 2011. "Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study". *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 2011, 6(supl), p. 111-S125.
- SZULIK, Dalia, ZAMBERLIN, Nina 2017. "Trayectorias profesionales de médicos y médicas proveedores de interrupción legal del embarazo en Argentina". *Boletín de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG)*. Volumen 5, Nro. 3, septiembre 2017.
- SZWARC, Lucila, FERNÁNDEZ VÁSQUEZ, Sandra Salomé. 2018. "“Lo quería hacer rápido, lo quería hacer ya”. Tiempos e intervalos en el proceso de aborto". *Sexualidad Salud y Sociedad Revista Latinoamericana*, n 18, abril 2018, p. 90-115.
- ZAMBERLIN, Nina. 2015. "El estigma asociado al aborto como objeto de estudio: los primeros pasos en América Latina". En Ramos, S. (comp.) *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. CLACAI, 2015.