

Profesionales de la salud y el estigma del aborto en Argentina. El caso de la “Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir”

Raquel Irene Drovetta*

RESUMEN

En este trabajo se describe el impacto que ha tenido la pertenencia a la “Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir” en un grupo de trabajadores de la salud pública de Argentina que acompañan a mujeres y niñas en situación de aborto y aseguran la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Se trata de un estudio cualitativo de tipo exploratorio y descriptivo, centrado en profesionales integrantes a la Red, que residen en las provincias de Córdoba y Buenos Aires, entre quienes se realizaron entrevistas durante 2014 a 2016. Para el análisis de los datos se utilizan fundamentalmente aportes teóricos de los estudios sobre “estigma” (Goffman) y “trabajo sucio” (Hughes) a los fines de analizar las características de una ocupación estigmatizada. Los principales resultados indican que los prestadores de salud han modificado su percepción del estigma del aborto, a partir de integrar el espacio con pares, entre los que prevalece cierta homogeneidad en relación con las metas, ideas y objetivos en su profesión. Además, presumen haber ganado seguridad para contrarrestar indicadores del estigma como la autopercepción negativa de la tarea realizada, el temor a la divulgación, y el conocimiento de la abierta desaprobación social frente a su tarea.

PALABRAS CLAVE: Estigma; aborto; trabajadores de la salud; Argentina.

Health professionals and the stigma of abortion in Argentina. The case of the “Network of health professionals for the right to decide”

ABSTRACT

This paper describes the impact that belonging to the “Network of health professionals for the right to decide” has had on a group of public health workers in Argentina who accompany women in situations

* Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Profesora adjunta de la Universidad Nacional de Villa María, en la carrera de Sociología.

Agradezco la atenta lectura y sugerencias que el Dr. José Manuel Morán Faúndes realizó al borrador de este trabajo. Fuentes de financiación: este artículo fue realizado en el marco del Proyecto de investigación 2016-2017, aprobado por la Universidad Nacional de Villa María, Argentina. Resol. 640/24, agosto de 2016.

Fecha de recepción: 21 de septiembre de 2018.

Fecha de aprobación: 13 de diciembre de 2018.

of abortion and ensure the Legal Interruption of Pregnancy (ILE). This is a qualitative, exploratory, and descriptive study, which focuses on professionals from the Network, who reside in the provinces of Córdoba and Buenos Aires. Interviews with such professionals were conducted between 2014 and 2016. For the analysis, the theoretical contributions of the studies on “stigma” (Goffman) and “dirty work” (Hughes) are mainly used to analyze the characteristics of a stigmatized task. The main results indicate that health providers have modified their perception of the stigma of abortion, due to sharing space with peers, among whom a certain homogeneity prevails regarding goals, ideas, and objectives in their profession. In addition, these professionals presume having gained security to counteract indicators of stigma, such as negative self-perception of the task performed, fear of disclosure and knowledge of the existence of overt social disapproval of their work.

KEY WORDS: Stigma; abortion; health workers; Argentina.

“Tengo la idea de que una tarea que es “trabajo sucio” puede ser soportada más fácilmente cuando es parte de un buen rol, un rol que está lleno de gratificaciones para uno mismo”

EVERETT HUGHES (1958:295)

INTRODUCCIÓN

Dependiendo del contexto, las personas relacionadas con el aborto experimentan el estigma de manera diversa. Las mujeres y niñas en situación de aborto, así como las personas que intervienen en los itinerarios del aborto apoyándolas, los trabajadores de la salud y las activistas pro-elección, entre otros, son plausibles de sufrirlo. Sin embargo, todos ellos cuentan con diversas posibilidades de resistir o revertir dicho estigma.

Existen numerosos estudios que dan cuenta de que el contexto de clandestinidad es contraproducente para la búsqueda de un aborto seguro, sin embargo, no es suficiente para impedir que las mujeres interrumpan un embarazo no planeado (Fernández, 2017; Ramos, Gogna, Petracci, Romero y Szulik, 2001; Drovetta, 2015).

La literatura de las ciencias sociales enfocadas al estudio de la salud, han determinado cómo “cada vez más, se reconoce que el estigma relacionado con la búsqueda o la provisión de aborto tiene un efecto respecto de cómo y dónde las mujeres acceden a la atención y quién proporciona cuidado” (Ganatra *et al.*, 2017) advirtiendo acerca de la necesidad de que este “sea considerado, reconocido y tratado como un factor predictivo de la seguridad del aborto, así como de la morbilidad reproductiva y el riesgo de mortalidad femenina” (Ostrach, s.f).

Esto significa que, las posibilidades de obtener información y elaborar una estrategia que permita a las mujeres y niñas acceder a un aborto seguro se vean disminuidas frente al estigma del aborto (Kumar, Hessini y Mitchell, 2009) y las perju-

dica en un doble sentido: en tanto eligen llevar adelante una práctica entendida como contraria al “deber ser” femenino y al mismo tiempo, en tanto recurren a personal de salud que evita ser reconocido como prestador de servicios de aborto o estar vinculado directamente a la práctica.

A los fines de esta investigación, entendemos al estigma del aborto como “el descrédito de las personas como resultado de su asociación con el aborto” (Norris *et al.*, 2011: 49) centrándonos específicamente en cómo es experimentado por los prestadores de salud.

Dentro de la extensa literatura anglosajona, numerosos estudios son coincidentes al mostrar el temor en común de los proveedores de aborto, acerca de las consecuencias negativas que supone revelar que realizan la práctica, entre ellas, el descrédito y el maltrato laboral por parte de profesionales contrarios al aborto. También describen los costos psicosociales que enfrentan individualmente, en tanto se trata de tareas “de ayuda” que implican estrés y agotamiento. Como eje transversal a las investigaciones, se enuncian diversas secuelas sobre la vida personal y/o laboral de los recursos humanos integrantes de equipos de salud que ofrecen este servicio (Martin, Debbink, Hassinger, y Youatt, 2014; Martin *et al.*, 2014; Norris, Steinberg, Kavanaugh, De Zordo y Becker, 2011; Harris, Debbink, Martin y Hassinger, 2011; O’Donnell, Weitz y Freedman, 2011).

Por su parte, el desarrollo de investigaciones sobre estigma y aborto en América Latina es aún incipiente (Zamberlin, 2015; Adesse, Bonnan, Silveira y Matos, 2016). Desde hace aproximadamente una década han emergido investigaciones concentradas en mostrar cómo afecta a las mujeres la relación entre el estigma y el aborto en condiciones de restricciones legales (Palomino

et al., 2011; Galli y Sydow, 2010; Shellenberg *et al.*, 2011; Ruiz Vallejo, Botina y Gómez, 2016), mientras otros trabajos indagan en las secuelas que las actitudes estigmatizantes suponen para las y los trabajadores del ámbito de la salud (De Zordo, 2012; Faúndes, Alves y Duarte, 2013; Vivas, Valencia y González, 2016).

La importancia de las investigaciones relacionadas al estudio de cómo opera el estigma del aborto, radican en que, como advierten Kumar, Hessini y Mitchell (2009) este debe ser contemplado como un elemento que contribuye a expulsar al aborto del repertorio de prácticas o servicios prestados por las instituciones, para postergarlo a la clandestinidad, creando un desincentivo para que los trabajadores de la salud participen de alguna instancia de la trayectoria o “itinerario del aborto” (Heilborn *et al.*, 2012; O’Donnell, Weitz y Freedman, 2011). Consecuentemente, lo que debería contemplarse como el derecho a una práctica médica, se convierte en una anormalidad, o un evento excepcional, envuelto en juicios morales y al que se accede luego de superar innumerables obstáculos.

Esta situación puede verse reflejada con frecuencia en las instituciones de salud de Argentina, donde la realización de abortos no punibles está lejos de ser garantizada, a contramano de los avances legales logrados en los últimos años.

El Código Penal de la Nación en Argentina, vigente desde 1921, establece en el artículo 86 que “el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible: 1º) 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; 2º) Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”.

Sin embargo, debido a que durante décadas el servicio no fue ofertado por el sistema de salud como una opción contemplada por la ley, en la práctica funcionó como un modelo de prohibición absoluta (Bergallo, 2011; Bergallo y Michel, 2009).

Actualmente en Argentina, las mujeres y niñas que requieren acceder a un aborto legal se enfrentan a impedimentos que son propios de la cultura institucional y también resultado de las barreras impuestas por las y los profesionales a través de sus prácticas y actitudes frente al aborto. Estos incluyen la no entrega de información de forma clara, completa y basada en evidencias, las dilaciones, la exigencia de una autorización judicial y la mediación de comités de ética, o el pedido de estudios médicos irrelevantes, entre otros.

Desconociendo la legislación y los protocolos de atención vigentes, acontecen incumplimientos graves a la ley, como la judicialización de las mujeres cuando llegan a las salas de atención con una urgencia obstétrica y la violación del secreto profesional en el que se enmarca la atención, lo que ya derivó en la imputación penal en los últimos años de al menos quince mujeres jóvenes y pobres, acusadas de abortar (CELS, 2017).

La objeción de conciencia es frecuente en las instituciones de salud y en ocasiones acontece a nivel de todo el departamento o el establecimiento, constituyéndose en una de las principales barreras para proveer el servicio de aborto legal. La existencia de profesionales objetores/as de conciencia también contribuye al estigma del aborto y alimenta la idea de que el aborto está prohibido (Fiala y Arthur, 2014; Morán y Peñas, 2016).

El estigma que rodea al aborto es un elemento de peso dentro de los obstáculos enumerados para acceder a la Interrupción Legal del Embarazo, y

debe ser tenido en cuenta como responsable de las numerosas consecuencias negativas para las mujeres, que se desencadenan como resultado del retraso en el acceso a la práctica (Fiala y Arthur, 2014). Como consecuencia, son un conjunto de prácticas institucionalizadas entre las que prevalece el destrato a las mujeres y niñas y a los problemas referidos a su salud sexual y reproductiva, las que contribuyen al aborto inseguro.

Los impedimentos para el acceso al aborto legal deberían haber sido definitivamente superados a partir de 2012¹ cuando la Corte Suprema de la Nación emitió un fallo respecto a la demanda por el derecho a la Interrupción Legal de Embarazo (originado en el caso “A. F. s/medida autosatisfactiva”) presentada por la familia de una joven menor de edad, quien tuvo obstaculizado el derecho a un aborto no punible. En dicho fallo se buscó zanjar las controversias sobre quiénes y en qué circunstancias podían acceder a la práctica. La Corte Suprema reafirmó que el aborto es permitido en caso de violación, aclaró que los médicos no deben requerir una autorización judicial para prestar el servicio y recomendó a los jueces abstenerse de judicializar las demandas de intervenciones (Corte Suprema de la Nación, 2012). También exhortó al Estado y específicamente a las provincias, a que a través de sus carteras ministeriales generen protocolos para garantizar la concreta atención de los abortos no punibles. Los médicos responsables de realizar la práctica pueden manifestar oportunamente su objeción de conciencia, mientras se asegure la existencia de

¹ Ante la imposibilidad de contar con cifras oficiales ciertos que indiquen la cantidad de abortos legales realizados en los últimos años, Amnistía Internacional recolectó datos que muestra el aumento paulatino tanto en la cantidad de Interrupciones Legales del Embarazo realizadas como en el número de profesionales prestadores del servicio, con mayor énfasis a partir de 2013 (Amnistía Internacional, 2017).

otro personal de salud disponible en la institución para realizarla. Al mismo tiempo, el fallo advierte que se debe sancionar a aquellos que, eludiendo una responsabilidad profesional, impidan, dilaten u obstaculicen el acceso a la práctica médica del aborto.

A fin de crear nuevos instrumentos que contribuyan a superar los obstáculos al acceso al aborto no punible, al final del año 2014 la “Campaña Nacional por el Derecho al Aborto legal, Seguro y Gratuito”, una coalición federal de más de quinientas organizaciones y personalidades que desarrollan advocacy desde 2004, promovió la creación de la Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir (en adelante la Red). El antecedente fue establecido por grupos feministas locales “La Revuelta” y “Socorristas en Red” que construyeron la articulación con trabajadores del sector de la salud en diversos contextos, a través del establecimiento de alianzas para contrarrestar el aborto inseguro.

La Red de profesionales fue conformada a fines de 2014. Se trata de un espacio interdisciplinario que incluye a gineco-obstetras, médicos/as clínicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, entre otros/as, que trabajan en el ámbito público. Fundamentalmente, dentro de este grupo, se destaca la presencia de un número importante de médicas y médicos generalistas, cuya formación como especialistas en salud comunitaria define su desempeño laboral en el primer nivel de atención a la salud. Este perfil de prestador de salud se concentra en acciones preventivas y orientadas a la promoción de la salud, y su ideario se enmarca en las intervenciones en Programas de Atención Primaria en Salud (APS). Dentro de la comunidad médica, son reconocidos como trabajadores cuya tarea se caracteriza por el trabajo transdisciplinario y la integración

de equipos de salud fuertemente centrados en las necesidades de la comunidad donde se insertan (Giovanni, 2012). Esta especialidad cuenta con un amplio desarrollo en Latinoamérica, donde Argentina no es la excepción. Actualmente, una cantidad importante de abortos legales se resuelven en el primer nivel de atención, a través del uso de misoprostol de manera ambulatoria (Amnistía Internacional, 2017).

Para 2017 la Red cuenta con alrededor de 600 profesionales vinculados/as.² Su objetivo central es garantizar en la práctica, el acceso de las mujeres y niñas a abortos no punibles a través de profesionales que realizan la Interrupción Legal del Embarazo (por medio del aborto con medicamentos o quirúrgico) en las instituciones de salud pública de todo el país. Esto significa que los integrantes de la Red se visibilizan como prestadores/as del servicio de Interrupción Legal del Embarazo en las instituciones donde trabajan.³

Actualmente, como ya se mencionó, son insuficientes las investigaciones cualitativas a nivel regional que permitan conocer estrategias conducentes a revertir el estigma asociado al aborto. En tal sentido, la propuesta de este trabajo es contribuir a ello, explorando desde la perspectiva de los profesionales, los cambios en la percepción del estigma a partir de su ingreso a la Red. Este artículo se propone mostrar cómo el desarrollo de un rol activo y de defensa de la propia actividad, constituyen una forma de resis-

2 A partir de 2018 y como consecuencia del proceso de discusión de un proyecto de ley de despenalización y legalización del aborto en las Cámaras de Diputados y Senadores de la República Argentina, aumentó significativamente la visibilización de profesionales adherentes a la Red.

3 En el contexto argentino, prestadores/as de aborto es una asignación amplia que incluye a todo el equipo de salud interdisciplinario, aun cuando la figura que es destacada es la del médico y médica.

tencia y reversión del estigma del aborto asociado a la tarea profesional.

Los resultados obtenidos nos permiten avanzar en una primera aproximación sobre el fenómeno, y sugerir nuevos elementos para futuras líneas de investigación. Además, se otorga visibilidad a una experiencia de organización profesional que puede despertar interés en ser replicada en otros contextos.

El presente trabajo está organizado de la siguiente manera: inicialmente se concentra en la reconstrucción conceptual de los principales abordajes del estigma desde la teoría social, desde su planteo como concepto sociológico en manos de Erving Goffman, incluyendo la propuesta acerca del estudio de tareas señaladas como “trabajo sucio” que hiciera Everett Hughes, hasta abordajes más recientes, provenientes de los estudios del trabajo y las organizaciones. Posteriormente, exploramos los sentidos otorgados y las consecuencias advertidas de conformar la Red y describimos los procesos de resistencia frente a actitudes estigmatizantes encarados por integrantes de los equipos de salud. Finalmente, destacamos los resultados de las estrategias de pertenencia a la Red y fortalecimiento de la identidad profesional, como acciones que demuestra que el desarrollo de un rol activo frente al estigma del aborto, hace posible afrontarlo de una manera satisfactoria.

METODOLOGÍA

La indagación acerca de la relación de los profesionales de la salud con el estigma del aborto se constituyó en un objetivo de investigación en sí mismo, originada a partir de los resultados arrojados por una investigación mayor que examinó las representaciones y prácticas en torno al aborto con medicamentos, en usuarias y prestadores

de salud en Córdoba, Argentina y presentada en el marco del Posdoctorado en el Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva del Instituto de Medicina Social, Universidad Estadual de Río de Janeiro (IMS-UERJ).

En aquel momento, durante el análisis de los datos, el concepto de estigma emergió como categoría de análisis significativa en los testimonios, por lo que se decidió planificar la realización de una nueva investigación, centrada en la búsqueda de mayores referencias y sustento empírico. Específicamente, a través del acceso a los testimonios buscamos comprender cómo se relacionan las y los profesionales desde su práctica, con el estigma del aborto, antes y posteriormente a su ingreso al espacio.

A tal fin, desarrollamos un estudio exploratorio de tipo descriptivo, basado en una estrategia cualitativa que contempla la triangulación de métodos, con la intención de explorar la relación entre el estigma del aborto entre profesionales de la salud integrantes de la Red.

Entre 2014 y 2016 realizamos once entrevistas profesionales residentes en la provincia de Córdoba y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se trata de nueve mujeres y dos varones cuyas profesiones son: médico/a generalista, médico/a gineco-obstetra, médico/a clínico, psicóloga y trabajadora social. Las categorías de análisis propuestas, en tanto atributo o característica manifiesta de un fenómeno (Strauss y Corbin, 2002) son el estigma vinculado al aborto entre profesionales involucrados en la prestación del servicio de aborto, y su pertenencia a la “Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir”. Como indicadores del estigma del aborto se incluyen la autopercepción negativa de la tarea realizada, el temor a la divulgación, y a la abierta desaprobación social frente

a su tarea, así como el aislamiento (O'Donnell, Weitz y Freedman, 2011) de otros grupos de pares.

El criterio de selección responde un diseño muestral no probabilístico por propósito, basado en la accesibilidad y factibilidad (Strauss y Corvin, 2002). Se implementó la técnica de muestreo no probabilístico en cadena o bola de nieve.⁴ La inclusión de otros profesionales además de personal médico, responde a que estos integran los equipos de salud pública en Argentina y están involucrados durante el proceso de prestación del servicio de aborto.

Las entrevistas fueron realizadas en los lugares de trabajo, en domicilios particulares y en instancias de reuniones entre integrantes de la Red. En algunos casos, se acordaron encuentros repetidos con la o el profesional, a los fines de ampliar la recolección de datos. La duración de cada encuentro y toma de entrevistas duro un promedio de 40 minutos. Para su análisis, las entrevistas se grabaron y posteriormente se transcribieron.

Para complementar los datos obtenidos, se consultaron documentos producidos y distribuidos por las Red y otras organizaciones, específicamente la “Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito” y por “Socorristas en Red”. En estos documentos públicos expresan sus principales demandas y expectativas hacia las instituciones y profesionales de la salud, respecto al cumplimiento de la legislación del aborto no punible.

⁴ La técnica de “snowball sampling” sugiere que la representación se adquiere seleccionando a uno o más informantes claves al azar, a quienes se les pide nominar y conectar al investigador/a con otros individuos de la población objetivo, con el propósito de estudiar características de esa población Su uso es discutido en Handcock y Gile (2011).

El proyecto de investigación contó con la aprobación de Comité de Ética del Hospital Nacional de Clínicas de Argentina. A cada entrevistado/a se le solicitó consentimiento informado verbal, se dieron a conocer los fines científicos del estudio y se garantizó confidencialidad de las identidades.

Consideraciones teóricas sobre estigma

La traducción en términos simbólicos de determinados atributos personales y su categorización para la conformación de una “identidad social” son aspectos relevados en la obra pionera del sociólogo Ervin Goffman. Su trabajo muestra cómo un atributo que en determinado contexto es cuestionado, se constituye en un estigma, entendido como una marca, un disvalor, que acontece en personas “no comunes” o en aquellos que poseen una “indeseable diferencia” (Goffman, 2008). En términos del autor, el origen de esta descalificación se explica como resultado de una discrepancia entre la identidad social virtual y real que una persona debería asumir, según las expectativas sociales generadas en cada contexto. Esto se debe a que “no están en juego todos los atributos indeseables, sino solo aquellos que son incongruentes con nuestro estereotipo de lo que debería ser un determinado tipo de individuo” (Goffman, 2006:132).

Si bien el autor se refiere al estigma para señalar a un atributo que es profundamente desacreditador para las personas que lo sufren, al mismo tiempo advierte que en tanto se trata de “un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor, puede confirmar lo usual de otro” afirmando que tal atributo “no es acreditable ni desacreditable como una cosa en sí misma” (Goffman, 2006:132). Esto significa que el descrédito actúa en vinculación con el contexto, señalando como problemático un aspecto del individuo, a los ojos de la norma esta-

blecida en ese lugar, entre esos individuos y para esa sociedad.

Al mismo tiempo, señala que el término es utilizado a partir de una doble perspectiva: cuando el individuo estigmatizado asume que su diferencia ya es conocida o es evidente en el momento, su situación es la de los desacreditados, mientras que cuando el individuo supone que esta no es conocida por los presentes ni es inmediatamente perceptible por ellos, se trata de la situación de los desacreditables (cfr. Goffman, 2006). En el segundo caso, el atributo estigmatizado se puede esconder de los demás.

Desde entonces, los aportes de Goffman han sido fructíferamente aplicados para analizar aspectos que incluyen entre otros, tanto a las instituciones de salud y sus dinámicas, como a la relación médico paciente, y para describir el impacto de las enfermedades a nivel de la subjetividad de quienes las padecen. En términos generales, estos trabajos han tenido como objetivo hacer visibles la relación entre el estigma, la discriminación y los prejuicios, en la producción y reproducción de las desigualdades en el acceso a la salud, donde destacan fundamentalmente estudios sobre el estigma y la salud mental, y el VIH/Sida (Parker, 2013; Cook y Dickens, 2014; Collins, Von Unger y Armbrister, 2008; Link y Phelan, 2001).

Para dar cuenta de la dinámica con que opera en la realidad, se ha definido al estigma a partir de la convergencia de componentes interrelacionados, que inician con el etiquetado que las personas hacen de las diferencias humanas; continúan con la generación de los estereotipos y su asociación con atributos negativos vinculados a las personas etiquetadas; posteriormente acontece la separación entre un “ellos” y un “nosotros” y sobreviene la desaprobación, el rechazo y la discriminación,

elementos que acontecen en coexistencia con una situación de poder que permite que se desarrollen (cfr. Link y Phelan, 2001; Phelan, Link y Dovidio, 2008). Para que se produzca la estigmatización, se debe ejercer (o acceder al) poder social, económico y político que permite el surgimiento, la construcción y sostenimiento cultural de la diferencia a través de categorías socialmente construidas (Link y Phelan, 2001). El poder, entonces, se vuelve esencial para garantizar la existencia del estigma.

Propuestas recientes advierten también que es imprescindible describir la incidencia que tienen las categorías evidenciadas a nivel estructural, en la definición de cuándo una persona sufre o teme sufrir estigma. Esto permite advertir cómo influyen en un individuo las intersecciones de las categorías raza/etnia, clase, género, edad, entre otras posibles, para observar cómo accionan las intersecciones de múltiples identidades estigmatizadas (Collins, Von Unger y Armbrister, 2008).

Estigma ocupacional y “trabajo sucio”

Otros abordajes sociológicos también profundizan en la línea de los estudios sobre estigma. Es el caso de Everett Hughes, contemporáneo a los escritos de Goffman, quien a inicios de los años ‘50 comenzó a observar cómo afectaba a los trabajadores desarrollar una tarea conceptualizada como ‘trabajo sucio’. Denominó así a tareas que son percibidas como repugnantes o degradantes y “se consideran molestias e imposiciones, o incluso trabajo sucio, física, social o moralmente inferior a la dignidad de la profesión” (Hughes, 1958: 122) y donde en realidad “los límites entre las dimensiones física, social y moral son inherentemente difusos, y muchas ocupaciones parecen estar contaminadas en múltiples dimensiones” (Ashforth y Kreiner, 1999:415).

Como producto de su época, Hughes describió ocupaciones muy diversas, las cuáles, aun cuando eran vistas como necesarias, tenían en común el haber sido delegadas por la sociedad sobre grupos de trabajadores a quienes luego se los estigmatizaba por la tarea desarrollada. Las bailarinas eróticas, los vendedores de drogas, los bomberos, las enfermeras, un sepulturero, entre otras múltiples tareas, fueron entendidas por el autor como “trabajo sucio”.

Como destacan investigaciones posteriores, desde esta perspectiva la “suciedad” no es inherente a la actividad realizada, sino una construcción social históricamente situada, donde el contexto define las características de las tareas que son consignadas como “trabajo sucio” (Ashforth y Kreiner, 1999:414). En este grupo se ubican también las tareas que son juzgadas como “tediosas, triviales, sin recompensa, o que se encuentran por debajo de la propia dignidad profesional o que menoscaban la razón de ser de la profesión” (Kreiner, Ashforth y Sluss, 2006: 630).

Recientemente, desde la investigación anglosajona en ciencias sociales, la prestación del servicio de aborto ha sido incluida dentro de los trabajos sucios, apostando a análisis más complejos que buscan desentrañar el peso de las decisiones individuales frente a los factores contextuales en el desarrollo de la tarea, que permiten explicar cómo se mantiene la elección de determinadas actividades, a pesar del estigma que suponen (Ashforth y Kreiner, 1999; Harris, Debbink, Martin y Hassinger, 2011; Martin, Debbink, Hassinger y Youatt, 2014; Martin *et al.*, 2014; O’Donnell, Weitz y Freedman, 2011).

La asociación del servicio de aborto a los términos descriptos por Hughes se basa en la descripción de la actividad como una tarea física, social

o moralmente inferior. Diversos autores/as que la contaminación física es percibida como vinculada a la tarea médica y su contacto con el cuerpo y sus sustancias; la mancha social resulta del hecho de que esta ocupación conlleva el contacto con otros estigmatizados (mujeres que abortan); y la corrupción moral acontece en tanto se insiste en relacionar el aborto con el asesinato (cfr. Kreiner, Ashforth y Sluss, 2006; cfr. O’Donnell, Weitz y Freedman, 2011).

Trabajadores de la salud y el estigma del aborto

Una investigación realizada por Morales y Querro entre médicos del sector público de la ciudad de Córdoba, en Argentina, profundizó acerca de las representaciones y actitudes que las y los profesionales sostienen sobre la problemática del aborto. Entre otros detalles las autoras advierten sobre las resistencias observadas en el personal de salud a responder una encuesta conteniendo preguntas acerca del aborto. Los datos aportados señalan, además, una contradicción interesante: en tanto el 90 % de las y los consultados sostienen que el aborto constituye “un problema de salud pública”, mientras que el 43%, sin embargo, no acuerda con que el aborto se trate de “una práctica médica” (Morales y Querro, 2008: 22) haciendo de estas enunciaciones, una síntesis representativa del pensamiento médico local.

La profesión médica se ha erigido en este contexto, como una referencia construida y sostenida sobre la acumulación de capital simbólico a lo largo del tiempo. Tal esfuerzo de acumulación y mantenimiento de poder en el campo de la salud puede verse afectado ante la divulgación de noticias que vinculen al o la profesional con la práctica del aborto. Como sostiene O’Donnell, el temor al estigma también alcanza a profesionales que trabajan en la situación de “peri-aborto” que

incluye a las personas que participan del itinerario del aborto, pero que no están involucradas directamente en la práctica, como trabajadores/as sociales y otras personas que realizan tareas como asesoramiento y o llevan adelante el espacio de las conserjerías, los ultrasonidos y la etapa de recuperación de la paciente (O'Donnell, Weitz y Freedman, 2011).

En este contexto, ser señalado por pares con la designación de “abortera/o” o “abortista” tiene un peso y un desprestigio que inquieta a las y los profesionales. Además de los pares, la familia constituye un otro frente al cual también se preocupan por resguardar el capital simbólico acumulado (Drovetta, 2017).

El estigma del aborto se manifiesta, entre otras formas, a través del bajo prestigio asociado a la aplicabilidad dada a los saberes médicos aprendidos en la formación. Como muestra O'Donnell, los trabajadores asociados a la práctica del aborto son descritos en base al estereotipo de ser médicos “moralmente deficientes, motivados por los beneficios [económicos] y/o técnicamente incompetentes, conocidos como “médicos de callejón” (O'Donnell, Weitz y Freedman, 2011: 1358).

En contraste con los estudios que analizan el estigma a nivel individual (de índole físico), el “estigma ocupacional” acontece cuando recae sobre la ocupación desarrollada y en este caso, afecta a prestadores de salud. Ellos son percibidos como personas que han elegido voluntariamente sus trabajos, por lo que, en su caso, se trata de un estigma “controlable” (Kreiner, Ashforth y Sluss, 2006: 619). Así, los autores advierten que un grupo estigmatizado puede ser definido “como aquel cuya identidad o imagen cuestiona la humanidad completa de sus miembros; a los ojos de los de-

más, el grupo estigmatizado y sus miembros son mancillados, devaluados o considerados defectuosos de diversas maneras y en distintos grados” (Kreiner, Ashforth y Sluss, 2006: 620).

Surgimiento de la “Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir”

El hallazgo central de este estudio se concentra en visibilizar los resultados de asociarse en torno a la “Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir”, para enfrentar el estigma de aborto. Describimos a continuación las características de la organización y analizamos la dinámica de trabajo, resaltando desde la perspectiva de sus integrantes aquellos aspectos que indican la disminución del estigma entre trabajadoras/es de la salud que prestan servicios a mujeres y niñas en situación de aborto.

Las dificultades en el acceso al aborto legal en las instituciones de salud pública de Argentina, que referimos al inicio del trabajo, son acontecimientos de larga data. Consecuentemente, el contacto entre grupos de activistas y trabajadores de la salud ha tenido como objetivo encontrar apoyo para que aquellas mujeres y niñas que presentaran complicaciones por abortos clandestinos pudieran ser atendidas en las instituciones sin ser sometidas a malos tratos, abandono o denuncias policiales.

Los trabajadores de la salud que se muestran sensibles a la problemática frecuentemente son denominados como “profesionales amigables”, un término no libre de discusión, con el que se describe a quienes atienden a las demandas y necesidades de una persona en situación de aborto, sin emitir juicios de valor ni obstaculizar la entrega de información completa y basada en evidencias. Los médicos y médicas de guardia en determinadas instituciones, así como algunos/as ginecólogos/

as y ecografistas, fueron los primeros contactos identificados por las organizaciones locales de mujeres como potenciales aliados. Sin embargo, la dinámica de reconocer al personal dispuesto a brindar atención ajustada a los derechos sexuales y reproductivos requería mucho tiempo y mostraba un impacto limitado. Consecuentemente, era necesaria una acción que generara mayor efecto dentro del campo de la salud.

La propuesta de conformación de la Red provino de la “Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito” y fue pensada originalmente como la estrategia que permitiría llevar respuesta a quienes demandaran un aborto en instituciones públicas.

En términos generales la conformación del espacio fue resultado del trabajo encarado por organizaciones civiles y de mujeres, con fuerte inserción territorial, quienes desde hace tiempo han establecido alianzas con profesionales locales. Las acciones de educación y sensibilización encaradas desde hace una década por el movimiento local “Católicas por el Derecho a Decidir” por ejemplo, han sido dirigidas a profesionales de salud, fundamentalmente médicos y médicas del interior del país. Más recientemente, las activistas feministas de “La Revuelta” (Neuquén) y “Socorro Rosa” (Córdoba, luego unida a “Socorristas en Red” a nivel nacional) fueron precursoras en el establecimiento de redes de contacto con profesionales locales. Inclusive, en una primera instancia fueron las feministas quienes acercaron a los y los profesionales de la salud información científica sobre las características del aborto con medicamentos, advirtiéndoles su desconocimiento o el manejo de información errónea al respecto (Drovetta, 2017).⁵ Actualmente es frecuente que

⁵ Una organización feminista pionera en el establecimiento

estas organizaciones trabajen en los territorios ofreciéndose apoyo mutuamente, a pesar de sus marcadas diferencias en la estructura y forma de funcionamiento.

Desde el punto de vista de las y los profesionales, una de las motivaciones que llevaron a conformar la Red se basó en la necesidad “*repensar el rol de los prestadores de salud frente a la demanda de mujeres con embarazos no planeados*” (N. Psicóloga).

En este sentido, la falta de una preparación pre-profesional para brindar asistencia a mujeres y niñas en situación de aborto desde la salud pública encontró trabajadores/as con intenciones y disposición para ofrecer soluciones, pero con escasas nociones sobre las herramientas disponibles.

Esta carencia se refleja en que el sistema de salud y sus efectores, frecuentemente muestran un desconocimiento explícito sobre los avances normativos y legales de atención al aborto (Drovetta, 2017), entre los que destacan los protocolos de actuación plasmados en las Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto (MSN, 2005) y la Guía técnica para la atención integral de Abortos No Punibles (MSN, 2010) del Ministerio de Salud de la Nación.

La publicación de estos instrumentos oficiales y su discusión al interior de la Red influyó en las prácticas desarrolladas por las y los profesionales. Según los testimonios, desde 2014, cuando inicia el funcionamiento, la llamada “causal vio-

de trabajo conjunto con profesionales de la salud fue “Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del aborto”, que durante 10 años sostuvo una línea de información sobre aborto seguro y contactó profesionales para establecer consejerías y atención post aborto en Buenos Aires (Drovetta, 2014).

lación” (inciso 2 del artículo 86 del Código Penal) era citada de manera casi exclusiva para basar las demandas de Interrupción Legal del Embarazo al Estado por embarazos resultantes de violencia sexual. En la práctica de las instituciones, parte de los abortos realizados se solicitaron amparados en este motivo.

Mientras tanto, la “causal salud”, originada en el inciso 1 del artículo 86 del Código Penal de la Nación, también había sido utilizada como base de la demanda para la Interrupción Legal del Embarazo, pero con una interpretación restrictiva de lo que se entiende por salud. Consecuentemente, un menor número de casos eran aceptados para acceder a un aborto no punible.

A mediados del año 2015, las y los integrantes de la Red comienzan a trabajar con mayor apoyo en lo que se conoce como “causal salud” y cuyas bases se asientan en una concepción de salud que reconoce a esta, no sólo como el bienestar físico, sino que también implica el bienestar psicológico de las personas (salud bio-psico-social). Desde esta perspectiva, cursar un embarazo no deseado constituye una situación incompatible con la salud. Esto redundó paulatinamente en una ampliación del reconocimiento de otras circunstancias en la cuales acompañar a las mujeres y niñas que solicitan un aborto legal.

Al interior de la organización de profesionales se promovió el conocimiento de otra interpretación de la legislación penal y de la experiencia exitosa desarrollada en el sistema de salud de otros países (fundamentalmente los casos de Colombia y España), mostrando las fortalezas de integrar el espacio y utilizarlo como un ámbito de capacitación y actualización profesional. Este proceso fue animado por el trabajo interdisciplinario que incluyó encuentros con abogados/as y otros ope-

radores jurídicos y en el que fue fundamental el involucramiento y trabajo llevado adelante por abogadas feministas. Ellas se organizaron para enfrentar a la hegemonía del campo legal que sostienen los sectores conservadores en la discusión de los derechos sexuales y reproductivos. En otras palabras, la socialización de información sobre aspectos jurídicos, legales y de protocolos institucionales, condujo a que integrantes del espacio afirmaran su práctica profesional con relación al aborto, apoyados en las herramientas propuestas por el propio Estado.

Con el objeto de observar mejoras en la práctica de acompañamientos a abortos, desde este espacio se reclama por la producción pública de misoprostol para uso obstétrico, cuya venta históricamente fue monopolizada por un laboratorio que comercializó un medicamento de patente que contiene esta droga entre sus componentes.⁶ Además, se demanda que el Estado apruebe la producción y venta de mifepristona.

Las conserjerías pre y post aborto

Los frecuentes encuentros convocados por la Red cumplen múltiples propósitos. Además de la capacitación, las reuniones han posibilitado una serie de acuerdos entre los que se incluye la unificación de criterios en la atención a la demanda por

⁶ En Argentina el misoprostol está incluido en la composición del medicamento de patente llamado *Oxaprost 75* producido exclusivamente por Laboratorios Beta, de venta en farmacias bajo prescripción médica. El medicamento está autorizado para su uso en el tratamiento de los signos y síntomas de la artritis reumatoidea y contiene *diclofenac*. Su uso como abortivo es propio del uso *off-label* del medicamento. Actualmente, una caja de 16 comprimidos se consigue en farmacia a US\$77 aproximadamente. Al cierre de este artículo, noviembre de 2018, se comenzó a comercializar en farmacias los comprimidos de misoprostol de uso ginecológico (Laboratorio Domínguez).

la Interrupción Legal del Embarazo. Cada reunión constituye además la oportunidad para compartir y analizar diversas experiencias originadas en la atención ofrecida en los consultorios e instituciones públicas de todo el país.

Cuando hablamos de criterios de atención, nos referimos específicamente a que dentro de la Red se ha convenido llevar adelante las consultas en base a un modelo de atención al aborto más integral, que no implique sólo el procedimiento, sino desarrollando, paralelamente, espacios para las conserjerías pre y post aborto.

El modelo de atención pre y post aborto basado en el enfoque de reducción de riesgos y daños, fue implementado en el sector público de salud en Uruguay desde 2004, como estrategia para minimizar los efectos negativos de prácticas de aborto inseguras, en contextos de leyes restrictivas (Briozzo, Labandera, Gorgoroso y Pons, 2007). La reducción del daño describe ampliamente las intervenciones para reducir los daños de una actividad sin requerir la prohibición de esta. En el caso del aborto, Erdman señala que “[U]n enfoque de reducción de daños en cuanto al aborto inseguro busca reducir la muerte y la discapacidad relacionadas con el aborto sin prohibir ni, por lo demás, tratar de restringir la participación de las mujeres en el aborto inseguro, que según la definición de la OMS puede incluir la autoinducción (2012). El objetivo más bien es hacer que el aborto inseguro sea lo más seguro posible” (Erdman, 2012: 84).⁷

7 Cabe advertir, que esta perspectiva ha recibido críticas, entre ellas las que reseña Susana Rostagnol quien describe que este enfoque avala la medicalización de la sexualidad y la reproducción y consecuentemente de los cuerpos de las mujeres, a la vez que invisibiliza dinámicas sociales concretas detrás de la perspectiva del “riesgo”, habilitando “la reducción de la situación de aborto a las condiciones en que

Inicialmente en Argentina el modelo de conserjerías fue implantado de manera asistemática por profesionales del primer nivel de atención, desde la perspectiva centrada en la evitabilidad del riesgo del aborto inseguro. Instalaron una práctica consistente en el ofrecimiento de información relacionada al aborto con medicamentos, en el marco de la consulta, y la oportunidad de constatar mediante la atención post aborto, que el aborto se completó.

Paulatinamente, la visión que orientó la oferta de información sobre aborto en el marco de la consulta fue modificándose. Como describe Fernández, en sus inicios se trató de “una práctica no reglada que realizaban algunos profesionales de la salud de forma aislada, (...) dando lugar a políticas *difusas*, políticas imprecisas, que no han sido planificadas y que se caracterizan por un nivel reducido de institucionalización” (Fernández, 2017: 88).

Así como la declaración de la Corte Suprema de la Nación de 2012 fungió como un evento que impulsó cambios en la práctica de las conserjerías, también lo fue la integración de profesionales que ya ofrecían información sobre aborto, a la recién conformada “Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir”. Este proceso es fielmente descrito por Alejandra Domínguez para el sistema de atención de salud pública de la ciudad de Córdoba, donde las conserjerías son un modelo de atención extendido, en al menos la mitad de los espacios de Atención Primaria de la Salud de la ciudad (Domínguez, 2018). Si bien las conserjerías difieren según el contexto y las posibilidades de contar con recursos humanos y materiales, apuntan a un objetivo consensuado entre profesionales y que es el acompañamiento a se concreta el acto médico” (Rostagnol, 2016: 167).

la decisión de la mujer sobre la continuación o no de un embarazo no planeado.

Dichas acciones también se enmarcan en la propuesta del Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo en la Argentina, elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación donde se establece que “[L]os profesionales de la salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar toda la información disponible de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita (...) [y] debe ser actualizada, completa, comprensible y brindada en lenguaje accesible” (MSN, 2015:14).

Las prácticas disidentes de la Red de profesionales

La interdisciplinariedad del espacio conformado por médicos/as clínicos/as, gineco-obstetras, enfermeros/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, entre otros, constituye un aspecto positivo ya que no aísla al aborto como el campo de interés o actuación específico de una especialidad, sino que involucra y a la vez visibiliza el rol de todas y todos aquellos especialistas que pueden conformar un equipo de salud. Aun cuando provienen de diversas especialidades, existe cierta homogeneidad en relación con las metas, ideas y objetivos que son identificados como elementos que facilitan la organización en torno a una Red de profesionales.

La diversidad de especialidades evita que profesionales con menos capital simbólico acumulado que otros (por ejemplo, psicólogos/as, trabajadores/as sociales o enfermeras/os) sufran mayor estigmatización por participar del itinerario del aborto. El capital simbólico, debe ser entendido

como la “forma que revisten las diferentes especies de capital cuando son percibidas y reconocidas como legítimas” (Costa, 2015: 2) lo que posiciona a sus poseedores, en una situación mayormente ventajosa.

Como se advierte en la lectura de su carta fundacional (Carta Pública, 2015), la propuesta disiente en múltiples sentidos con la corporación médica o la medicina hegemónica y propone nuevos sentidos para abordar el aborto como un problema que compete al campo de la salud. Por consiguiente, desde este espacio aspiran a instalar nuevas prácticas y que estas se instituyan como la “normalidad” dentro de la cultura institucional.

“Así como hay efectores de salud que son objetos de conciencia, hay otros que hacemos abortos y prestamos servicios enmarcados en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y esto es algo que se tiene que saber” (B. médica clínica).

“No es ni malo, ni es ilegal, el aborto es un problema que es muy frecuente y que, sin embargo, es tratado como algo oculto. Es un problema que involucra a la salud y a los médicos, y que les pasa a muchísimas mujeres” (J. médica generalista).

¿Pero quién crea la normalidad? Crear sentido de normalidad es posiblemente uno de los mayores desafíos de la Red, que ha logrado que se instale entre sus integrantes la sensación de que “hay otros como yo”. Encontrar una comunidad profesional que “normalice” su trabajo, genera el efecto que se describe como aquel capaz de mitigar la vulnerabilidad al estigma (cfr. O’Donnell, Weitz y Freedman, 2011).

En este sentido, si las y los trabajadores de la salud salen a la luz y muestran sus prácticas abiertamente, que, además, son acordes a la ley, esto contribuye a generar sentidos compartidos y rompe presupuestos y estereotipos sobre las prácticas vinculadas al servicio de aborto. Una profesional asegura que *“si los supuestos “aborteros” que somos nosotros, son 300 y salen y dan la cara, tan malos no deben ser...esa sería la idea del sentido común”* (S. trabajadora social), advirtiendo la importancia otorgada a la manifestación colectiva de adhesión a la tarea realizada.

La Red se encuentra en constante crecimiento y aumenta su expansión territorial hacia todas las regiones del país. La distribución geográfica de las y los integrantes, quienes se encuentran atendiendo consultas sobre Interrupción Legal del Embarazo en contextos diferentes, es un elemento favorable para conseguir que las posibilidades de acceso al aborto legal se federalicen. En algunos casos se trata de trabajadores trabajando en el ámbito rural, parajes aislados, comunidades indígenas o campesinas y donde hablar de aborto legal desde la institución pública tiene efectos potentes en la comunidad. Las y los propios profesionales han advertido el resultado positivo que resulta de la comunicación boca a boca entre pacientes, sobre la posibilidad de hablar de aborto con una o un prestador de salud.

Otra manera de expandir su tarea es a través de las redes sociales, donde utilizan un perfil Facebook para posicionarse sobre temas de coyuntura y hacer comunicaciones sobre aborto, violencia de género, violencia obstétrica, entre otros. Una importante cantidad de profesionales suben fotografías participando de eventos académicos y de activismo, mostrando públicamente su participación en el espacio.

A su vez, advertimos que la Red también envía un mensaje a quienes no están en ella. Quien se suma, atraviesa un proceso de “blanqueamiento” al visualizarse como una o un profesional que acompaña la demanda por el aborto legal. En cambio, quien perdura fuera de la Red y del espacio de visibilidad, se arriesga a seguir siendo estigmatizado como el profesional que lucra y usufructúa con la necesidad de las mujeres.

“A mí me costó un poco entender que el aborto es legal y se tiene que hacer en el hospital, hay que vencer muchas resistencias, todos los días. Pero una misma primero tiene que creer que lo que hace corresponde, se corresponde con la ley actual y con las creencias de una misma” (R. trabajadora social).

Cuando los equipos de salud incluyen a profesionales de la Red, existen mayores probabilidades de que los pares sean influenciados por acciones, opiniones y la manifestación pública de ser prestadores del servicio de aborto. Esto significa que generan un efecto simbólico dentro de las instituciones y equipos de salud donde trabajan y también a nivel comunitario, como consecuencia de la visibilización. Paralelamente, también se busca generar cambios a nivel de la opinión públicas sobre la legitimidad de la demanda de la Interrupción Legal del Embarazo.

“Hemos tenido reuniones con colegas de la Red, con profesionales abogados, en esas reuniones empezamos a ver que todos estábamos resolviendo problemas relacionados al aborto y no lo sabíamos, todo ese tiempo estábamos tratando de hacer aportes desde nuestro lugar en la consulta, pero faltaba organización, saber qué hacia el otro. Ahora es distinto porque las conserjerías le dieron un marco a las prácticas que

estábamos realizando de manera individual...”
(P. médico clínico).

Contando con un mayor número de prestadores que se asuman públicamente como dispuestos a prestar el servicio de aborto, aumentan las posibilidades de contrarrestar la imagen negativa de los profesionales. La tarea consiste también en promover que otros trabajadores se sumen. Establecer una “cara” hacia la sociedad, es una manera de trabajar para el futuro, creando condiciones de mayor legitimidad que permitan aumentar el respaldo social hacia la Red.

Resistiendo al estigma. El sentido de pertenencia al grupo y la identidad ocupacional

Como hemos señalado, en el marco del desarrollo de los estudios sobre estigma las primeras investigaciones centraban su mirada en las casi universales consecuencias negativas que resultaba de la experiencia de ser estigmatizado. Sin embargo, los nuevos hallazgos, surgidos décadas después de la propuesta de Ervert Hughes, permiten inferir que las condiciones sociales en que se desarrolla el “trabajo sucio”, pueden conducir a revertir el proceso de estigma asociado a quienes realizan estas tareas.

Propuestas actuales muestran cómo es posible responder al estigma con “un conjunto igualmente diverso de estrategias cognitivas, afectivas y conductuales” (Kreiner, Ashforth y Sluss, 2006: 619) a nivel individual y colectivo. Es en este sentido que Ashforth y Kreiner señalan la importancia de la adopción de un conjunto de herramientas útiles para promover fuertes lazos identificatorios con la tarea que se realiza, así como la construcción conceptual de sólidas justificaciones que dan sentido a la elección laboral, lo que equivale a la creencia en la importancia de la tarea que se de-

sarrolla y la necesidad de ésta (cfr. 1999). Por ejemplo, muestran empíricamente cómo trabajadores con diversas ocupaciones percibidas como sucias “tienden a conservar una estima y un orgullo ocupacional relativamente altos” (Ashforth y Kreiner, 1999: 413) revelando que la relación entre estigma ocupacional y pérdida de estatus no es ni unidireccional, ni concluyente.

Específicamente, las propuestas que provienen desde los estudios de las organizaciones y el trabajo han documentado cómo frente al descrédito, la colectivización de determinados actores se configura como un modo de ejercer resistencias frente a actitudes estigmatizantes.

Los resultados de nuestra investigación se conducen en el mismo sentido. Un aspecto de central importancia, según los resultados examinados en este trabajo, es que las y los prestadores destacan los aspectos positivos surgidos a partir de su pertenencia a la organización.

Fundamentalmente, sus testimonios alimentan la idea de que el trabajo constituido en torno a un grupo de pares promueve el sentido de pertenencia entre quienes asumen opciones similares en su práctica profesional. Al mismo tiempo, es posible reconocer entre los integrantes que la percepción de la amenaza compartida contribuye a promover la cohesión (Ashforth y Kreiner, 1999) y facilita el desarrollo de una cultura ocupacional fuerte, como acontece en los trabajadores vinculados a tareas de servicio de aborto, según lo han mostrado las investigaciones citadas.

Entre los profesionales entrevistados prevalece la idea de haber pensado que, prestando el servicio de aborto, corrían el riesgo de convertirse en esa persona desacreditada sobre la Goffman advierte (2008: 14-16). En base a ello, inicialmente opta-

ron por no asumir públicamente las tareas de asesoramiento al aborto que realizaban en las consultas, las cuales se hayan amparadas por el secreto profesional.

“Nosotros empezamos solos, por nuestra cuenta, a hablar con las mujeres cómo se tenía que usar el misoprostol de una manera correcta, qué era lo que tenían que observar, qué iba a pasarles. Después nos fuimos contactando y resultó que éramos varias ya los que hacíamos eso en el consultorio, pero no lo comentábamos” (A. médica clínica).

Al respecto, los hallazgos de O’Donnell señalan cómo la experiencia del estigma en prestadores del servicio de aborto puede variar, y ser manejada dentro de las interacciones en el lugar de trabajo, en círculos profesionales, en la familia o entre amigos y extraños (cfr. O’Donnell, Weitz y Freedman, 2011). Esto significa para las autoras, que la experiencia del estigma no es simplemente una pérdida de estatus predeterminada, sino que también existen espacios seguros para el mantenimiento de una “identidad ocupacional positiva” (O’Donnell, Weitz y Freedman, 2011:1357). Al respecto, sus investigaciones muestran cómo el médico puede desdoblarse su identidad profesional y permitir que se conozca de su actividad o anuencia con la práctica del aborto, en un ámbito y no en otro. Esto es lo que señala como la capacidad de los prestadores de salud de manejar la experiencia del descrédito en diferentes esferas de las interacciones.

Aquí radica una diferencia central de la Red con otros casos de estudio. Se trata de profesionales de la salud que unificaron las esferas “social” (o de presentación en la vida pública) y profesional, al visibilizarse abiertamente como integrantes

de la organización y prestadores del servicio de aborto a partir de su ingreso a este espacio.

Consecuentemente, interpretamos que la formación de la Red es un indicador que puede interpretarse como resultante de haber vencido obstáculos para la agrupación y la auto organización, favoreciendo el abandono de la invisibilidad. Es en ese sentido que los testimonios recogidos muestran una cabal comprensión de los efectos que el silenciamiento produce, traducándose en aislamiento, lo que resulta funcional a la reproducción social del desprestigio. Estos profesionales advierten que construir mayores lazos profesionales que supongan la posibilidad de divulgar su práctica en el trabajo con pares, son estrategias que conducen a combatir las desconexiones interpersonales producidas por el estigma del aborto (Martin, Debbink, Hassinger y Youatt, 2014).

Consecuentemente, la pertenencia a la Red potencia la identidad profesional en la medida en que pueden prestarse apoyo unos a otros y contribuir al objetivo de vencer el descrédito del que pudieran ser objeto.

“ El tema del estigma lo hemos hablado hace un tiempo ya largo, dentro del equipo. Tuvimos un taller entre nosotros, para revisar esto, porque algunos queríamos resolver o bien ver como lo resolvían otros, eso de decirle a la gente lo que uno hace, a la familia. Yo hablo por mí, mi familia sabe muy bien que yo hago ILE, pero creo que poco a poco esto fue dándose, y la Red justamente permitió dar el salto final a la visibilidad” (J. médica generalista).

En tanto los indicadores del estigma incluyen la autopercepción negativa de la tarea realizada y el miedo a la divulgación, aislamiento y el temor a

la abierta desaprobación social frente a su tarea (O'Donnell, Weitz y Freedman, 2011) estos no se encuentran discursivamente presentes en los integrantes de la Red en la actualidad. Las y los prestadores del servicio de aborto consultados no ven a su trabajo como algo pecaminoso, sucio o contaminado. Estas son, en todo caso, construcciones sociales, históricamente situadas y adjudicadas, a las que saben que se enfrentan, pero no por ello han internalizado. En otras palabras, la denominación de “trabajo sucio” es funcional a la categorización social, pero no es asumida como propia por los prestadores de salud que integran el espacio.

En sus testimonios muestran que, a partir de su ingreso a la Red, la autopercepción que tienen de su trabajo los ubica lejos de asumirse como desacreditados en los términos propuestos por Goffman (2006), respaldándose además en la seguridad de no haber violado ninguna norma. Señalan con énfasis un antes y un después en la tarea profesional, acontecido posteriormente a su incorporación.

Finalmente, es notable la importancia dada por los prestadores de salud a la figura de las organizaciones de mujeres como aliadas de su tarea, describiendo las frecuentes estrategias de colaboración que has establecido. Estas se centraron frecuentemente en la búsqueda conjunta de soluciones para mujeres de bajos recursos que requiriesen la obtención del medicamento abortivo de forma gratuita y la implementación de métodos anticonceptivos.

“Yo, hay muchas mujeres feministas que conozco hace mucho y ellas armaron redes también para conseguir el misoprostol y ayudar a las mujeres. Al final terminamos trabajando algunas veces juntos porque como que el cierre del

proceso lo tiene que hacer el médico, el control postaborto es importante. A mí me ha pasado de, sobre todo al principio, que estaba más sola, que no sabía cómo ayudar a la mujer en todos los aspectos que ella necesitaba, porque era una mujer pobre, o estaba sola, etc. y empecé a llamar a una militante feminista que conocía, ellas las ayudaban cuando una no podía hacer más desde su lugar” (F. médica clínica).

Al relatar y vivenciar en primera persona la prestación del servicio, los integrantes de la Red promueven la idea de “ponerle rostro” a la práctica del aborto para contrarrestar estereotipos y percepciones negativas sobre esta actividad. Es así como el aborto, para muchos de estos profesionales, se “milita” y a la vez se considera un derecho.

“Cuando estaba haciendo las prácticas para la especialización, fuimos al hospital y ese día atendía un parto”. Quede muy shockeada por la manera en que trataron a la mujer, no podía hacer nada, era una estudiante, pero yo creo que desde ahí decidí que no iba a hacer obstetricia. Sin embargo, con el tiempo, termine prestando el servicio [de aborto] porque es una manera de corregir tanta injusticia, la medicina a mí me sirve para poder hacer un poco de justicia con las mujeres que son tan maltratadas en los sistemas de salud” (L. médica clínica).

“Yo tengo claro que no es que yo sea más bueno o más tolerante, o no sé qué, yo lo que creo es que el acceso al aborto es un derecho, que está garantizado por la ley y que las mujeres deben tener garantizado el acceso. Simplemente mi trabajo es un medio para que las mujeres encuentren una solución a un problema, que el Estado tiene la obligación de resolver” (M. médico gineco-obstetra).

“Ayudar a las mujeres” es lo que O’Donnell describe como una “cualidad redentora del trabajo” (O’Donnell, Weitz y Freedman, 2011) que se realiza para justificar una elección (que no se hace por dinero), frente a un estereotipo muy extendido en la sociedad local que identifica a los prestadores de aborto clandestino como interesados exclusivamente en el rédito económico de la actividad. Así, creer en los beneficios y la necesidad de su propio trabajo, se consolida como una estrategia que conduce a desviar el estigma. Paralelamente, es esta capacidad de ser agentes activos, que resisten y revierten la experiencia negativa, la que redundará en el beneficio de otorgarles la capacidad de reducir su propia vulnerabilidad ante la estigmatización.

CONCLUSIONES

En la relación entre mujeres y profesionales de la salud, reside un aspecto de central importancia para evitar el aborto inseguro. El personal que conforma los equipos puede constituirse en un importante aliado en la búsqueda por el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos y ser un vehículo de acceso al aborto seguro, sea este con medicamentos o quirúrgico. Sin embargo, actualmente el estigma constituye un notable obstáculo para acceder al aborto legal en el sistema de salud de Argentina.

A lo largo de este trabajo nos propusimos caracterizar en términos generales, las prácticas que asumen integrantes de la “Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir”. Nuestro estudio procuró indagar desde la perspectiva que sostienen las y los profesionales y los cambios en la percepción del estigma asociado al aborto a partir de su ingreso a la organización.

Los testimonios nos han permitido mostrar cómo el desarrollo de un rol activo frente al estigma del aborto, hace posible afrontarlo de una manera satisfactoria. Esto se traduce en el aumento de las probabilidades de las mujeres y niñas sean acompañadas por una o un profesional de la Red en el acceso a un aborto legal en una institución pública. Así, se torna posible resistir a los efectos de la estigmatización desarrollando un rol activo en relación con la profesión, que puede incluir, entre otros aspectos, la defensa de la tarea realizada fundada en la necesidad de su trabajo, para ciertos sectores de la sociedad.

Como se evidenció, las y los profesionales se abocan a la búsqueda por otorgar sentido a sus prácticas reivindicando el derecho de las mujeres y niñas a acceder a abortos legales o al señalar la importancia de que cuenten con atención de prestadores capacitados, entre los argumentos más frecuentes.

El artículo también vislumbra la importancia de conocer más sobre los resultados de la alianza local establecida entre organizaciones feministas, otras organizaciones de base y prestadores de salud comprometidos con los derechos sexuales y reproductivos. La formación de una red fue una iniciativa impulsada por activistas feministas que había comenzado a trabajar con profesionales de la salud, convencidas de que era necesario incluirlos como parte del trabajo por el cambio inmediato en las condiciones de asistencia de abortos no punibles. Pero, además, sectores del activismo local habían comprendido que la legitimidad social en la demanda por el aborto legal no sería alcanzada sin la participación de las y los profesionales de la salud.

Aun cuando la conformación de coaliciones no resuelve el problema del aborto clandestino en el país, constituyen sin embargo procesos incipientes de cambios a nivel de la realidad de las mujeres. A la vez, contribuyen a promover el cambio cultural en relación con la práctica del aborto. Las redes feministas y los profesionales “amigables” son actores fundamentales para facilitar y perfeccionar dicho proceso.

Para finalizar, restar pensar la posibilidad de pensar que el estigma en relación con el aborto nunca se elimine totalmente, en tanto dentro de los roles de género sea asignado a las mujeres la maternidad como un destino ineludible. Así, el estigma se configura como una de las razones que obstaculizan la prestación de servicios de salud adecuados, a lo que subyace, sin embargo, el desacuerdo con el modo en que las mujeres llevan adelante el ejercicio de su sexualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adesse L., Bonan C. J., Silveira da Silva K., Matos Fonseca V., (2016). “Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática”. *Ciênc. saúde coletiva*, diciembre (2016), 21(12):3819-3832. Disponible en <http://doi.org/cxtf>.
- Amnistía Internacional (2017). “El registro del aborto legal en el sistema de Salud argentino.” Disponible en: <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/2017/05/04-Registro-de-Aborto-no-punible.pdf> Acceso 12 de julio de 2018.
- Ashforth, B. E., Kreiner G. E. (1999). “How Can You Do It? Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity”. *The Academy of Management Review*, julio (1999), 24 (3):413-434. Disponible en: <http://doi.org/bjwz2m>.
- Bergallo, P., (2011). “Aborto y justicia reproductiva: una mirada sobre el derecho comparado”. *Cuestión de Derechos*, julio (2011),1(20):20-44. Disponible en: <https://programadssrr.files.wordpress.com/2013/05/aborto-y-justicia-reproductiva.pdf>.
- Bergallo, P., Michel A., (2009). “El aborto no punible en el derecho argentino”, *Hoja informativa*, N° 11, Buenos Aires: FEIM-CEDES.
- Briozzo L., Labandera A., Gorgoroso M., Pons J. E., (2007). “Iniciativas sanitarias: una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo”. En Briozzo L. (org.) *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*, Montevideo: Arena.
- CELS, Centro de Estudios Legales y Sociales (2017). “Informe Acceso desigualitario al aborto legal y criminalización selectiva”, 7 de marzo de 2017. Disponible en: <http://www.cels.org.ar/common/documentos/CriminalizacionDelAborto.pdf> Acceso 20 de abril de 2017.
- Collins P., Von Unger H., Armbrister A., (2008). “Church ladies, good girls, and locas: stigma and the intersection of gender, ethnicity, mental illness, and sexuality in relation to HIV risk”, *Social Science & Medicine*, agosto (2008), 67(3):389-397. Disponible en: <http://doi.org/dwt7g9>.
- Cook R. J., Dickens B. M. (2014). “Reducing stigma in reproductive health”. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 1 de enero (2014), 125(1): 89-92. Disponible en: <http://doi.org/f2qdmj>.
- Corte Suprema de la Nación, (2012). “Caso de F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva”, 13 de marzo de 2012. Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/cor>

- te-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eup-mocsollaf Acceso 12 de enero de 2018.
- Costa R., (2015). “Pensar las prácticas desde la diferencia”. En: Costa R. y Mozejko T. (comp.) *Hacer la diferencia. Abordaje sociocrítico de prácticas discursivas*. Córdoba: EDUVIM.
- De Zordo, S. (2012). “Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia”. *Ciênc. saúde coletiva*, julio (2012),17(7): 1745-1754. Disponible en: <http://doi.org/cxtg>.
- Domínguez, A. (2018). “¿La práctica del aborto con misoprostol se instala como una política pública en los servicios de atención primaria de salud de Córdoba?” *Actas del 5º Congreso Género y Sociedad*. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, 19 al 21 de septiembre de 2018.
- Drovetta R. I. (2014). “Acciones feministas en las Líneas de Información Aborto Seguro (LIAS) en Latinoamérica y el Caribe”. En Carosio Alba (comp.) *Feminismos para un cambio civilizatorio*. CLACSO, Fundación CELARG y Centro de Estudios de la Mujer: Caracas, 281-301. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20140512054036/FeminismosParaUnCambioCivilizatorio.pdf>.
- Drovetta R. I. (2015). “Safe abortion information hotlines: an effective strategy for increasing women’s access to safe abortions in Latin America”. *Reproductive Health Matters*, 23, (2015):47-57. Disponible en: <http://doi.org/f8br57>.
- Drovetta R. I. (2017). “Profesionales de la salud frente al estigma del aborto. Un obstáculo para otorgar información segura a las mujeres que buscan un aborto medicamentoso”. *Seminario Internacional sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres*. 28 de junio de 2017. Asunción, Paraguay. Inédita.
- Erdman, J. N. (2012). “Harm reduction, human rights, and access to information on safer abortion.” *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 118.1 (2012): 83-86.
- Faúndes A., Duarte G., Osis M. (2013). “Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations”. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, diciembre (2013), 123(3):57-9. Disponible en: <http://doi.org/cxth>.
- Fernández Vazquez S. (2017). “Políticas públicas difusas: la implementación de las consejerías pre y post aborto en Argentina.” *RIPS: Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas* 16.1 (2017).
- Fiala C., Arthur J. H. (2014). “Dishonourable disobedience”—Why refusal to treat in reproductive healthcare is not conscientious objection. *Woman-psychosomatic Gynaecology and Obstetrics*, diciembre (2014),1:12-23. Disponible en: <http://doi.org/cxtj>.
- Galli Bevilacqua, M., Sydow E. (2010). “Autonomia reprodutiva em questão: relatos de mulheres sobre aborto e estigma em Mato Grosso do Sul”. *Rio de Janeiro: Ipas Brasil*, 15 de enero 2010). Disponible en: <http://doi.org/cxtk>.
- Ganatra B., Gerdtz C., Rossier C., Johnson Jr B. R., Tunçalp Ö., Assifi A., Sedgh G., Singh S., Bankole A., Popinchalk A., Bearak J., Kang Z., Alkema L. (2017). “Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model”. *The Lancet*, 25 de noviembre (2017), 390(10110): 2372-2381. Disponible en: <http://doi.org/gcm689>.
- Giovanni Apréaz I. (2010). “La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz”. *Polis*, 27 (2010). Disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/958>.
- Goffman E. (2008). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (2006). “Selections from stigma”. En Davis L. (org.) *The disability studies reader*. New

- York: Taylor & Francis, 2 Ed.
- Handcock, M. S., Gile K. J. (2011). "On the Concept of Snowball Sampling". *arXiv* arXiv:1108.0301. Disponible en: <https://arxiv.org/pdf/1108.0301v1.pdf> Acceso 12 de agosto de 2018.
- Harris L. H, Debbink M., Martin L., Hassinger J. (2011). "Dynamics of stigma in abortion work: findings from a pilot study of the Providers Share Workshop". *Social Science & Medicine*, julio (2011), 73(7): 1062-1070. Disponible en: <http://doi.org/d47dw7>.
- Heilborn M. L., Cabral da Silva C., Brandão E. R., Faro L., Cordeiro F., Azize R. L., (2012). "Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil". *Ciência e saúde coletiva*, julio (2012), 17(7): 1699-1708. Disponible en: <http://doi.org/cxtm>.
- Hughes, E. C. (1951). "Studying the Nurse's Work". *The American Journal of Nursing*, mayo (1951),51(5):294-95. Disponible en: <http://doi.org/dzq56v>.
- Hughes, E. C. (1958). *Men and their work*. Glencoe, IL: Free Press.
- Kreiner, G. E., Ashforth B. E., Sluss D. M. (2006). "Identity dynamics in occupational dirty work: Integrating social identity and system justification perspectives". *Organization Science*, septiembre (2006),17(5):619-636. Disponible en: <http://doi.org/bgpbtz>.
- Kumar A., Hessini L., Mitchell E. M. (2009). "Conceptualising abortion stigma". *Culture, health & sexuality*, 22 de julio (2009),11(6):625-639. Disponible en: <http://doi.org/fwtrdv>.
- Link B. G., Phelan J. C. (2001). "Conceptualizing stigma". *Annual Review of Sociology* (2001) 27:363-385. Disponible en: <http://doi.org/cr3rb3>.
- Martin L. A., Debbink M., Hassinger J., Youatt E., Eagen-Torkko M., Harris L. H. (2014). "Measuring Stigma Among Abortion Providers: Assessing the Abortion Provider Stigma Survey Instrument". *Journal Women & Health* 25 de julio (2014),54(7):641-661. Disponible en: <http://doi.org/cxtp>.
- Martin L. A., Debbink M., Hassinger J., Youatt E., Harris L. H. (2014). "Abortion providers, stigma and professional quality of life". *Contraception*, diciembre (2014), 90(6): 581-587. Disponible en: <http://doi.org/f2v95q>.
- Ministerio de Salud de la Nación (2005). "Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto". Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica/post-aborto/guia-post-aborto.pdf> Acceso 12 de diciembre de 2017.
- Ministerio de Salud de la Nación (2010). "Guía técnica para la atención integral de Abortos No Punibles". Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000667cnt-Guia-tecnica-web.pdf> Acceso 10 de diciembre de 2017.
- Ministerio de Salud de la Nación, (2015). "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo", 2ª edición revisada y actualizada. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf Acceso 10 de diciembre de 2017.
- Morales, M. G. y Querro, R. (2008). "Los profesionales de la salud y el aborto". *Informe final de investigación Becas Ramón Carrillo-Arturo Oñativia* Ministerio de Salud de la Nación. Católicas por el Derecho a Decidir Córdoba. Año 2007/2008. Inédito.
- Morán Faúndes, J. M., Peñas Defagó M. A. (2016). "Strategies of Self-Proclaimed Pro-Life Groups in Argentina: Effect of New Religious Actors on Sexual Policies." *Latin American Perspectives*, mayo (2016),43(3):144-162. Disponible en: <http://doi.org/f8nx2p>.
- Norris A., Bessett D., Steinberg J. R., Kavanaugh M. L., De Zordo S., Becker D. (2011). "Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences". *Women's Health Issues*, mayo-junio (2011),21,3:49-54. Disponible en:

- <http://doi.org/cw3dvj>.
- O'Donnell J., Weitz T. A., Freedman L. R. (2011). "Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work". *Social Science & Medicine*, noviembre (2011), 73(9):1357-64. Disponible en: <http://doi.org/fmjmr4>.
- Ostrach B. (2016). "This tangled web of reproductive morbidity risk: Abortion stigma, safety and legality". *Womens Health*1. Disponible en: <http://doi.org/cxtq>.
- Palomino N., Padilla M. R., Talledo B. D., Mazuelos C. G., Carda J. y Bayer A. M. (2011). "The social constructions of unwanted pregnancy and abortion in Lima, Peru". *Global Public Health*, 6 de julio (2011), 6(1):73-89. Disponible en: <http://doi.org/d4q9k5>.
- Parker R. (2013). "Intersecciones entre Estigma, Preconceito e Discriminación na Saúde pública mundial". En Monteiro, S. y Villela, W (org.) *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Parker R., Aggleton P. (2003). "HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action". *Social Science & Medicine*, julio (2003), 57(1):13-24. Disponible en: <http://doi.org/d5cvtg>.
- Phelan, J. C., Link B. G., Dovidio J. F. 2008. "Stigma and prejudice: one animal or two?". *Social Science & Medicine*, agosto (2008), 67(3):358-367. Disponible en: <http://doi.org/bvbd3x>.
- Ramos S., Gogna M., Petracci M., Romero M., Szulik D. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?* Buenos Aires: CEDES.
- Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir de Argentina (2015). *Carta pública*, 28 de mayo de 2015. Disponible en: <http://larevuelta.com.ar/2015/05/28/carta-publica-de-la-red-de-profesionales-de-la-salud-por-el-derecho-a-decidir-de-argentina/> Acceso 14 de enero de 2018.
- Rostagnol, S. (2016). *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*. Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República: Montevideo.
- Ruiz Vallejo H. F., Botina L., Gómez C. (2016). "Estigma asociado al aborto y su relación con el conocimiento del marco normativo. Una aproximación a partir de un estudio mixto con usuarias de servicios de IVE en Profamilia Colombia". *Anais do XX Encontro Nacional de Estudos Populacionais Brazil*, 2016. Disponible en: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/2863/2736>.
- Shellenberg K., Moore A., Bankole A., Juárez F., Omideyi A., Palomino N., Sathar Z., Shingh S., Tsui A. (2011). "Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study". *Global Public Health*, 11 de julio (2011), 6(1):111-125. Disponible en: <http://doi.org/fhq2cz>.
- Strauss A., Corbin J., (2002). *Bases de la Investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Vivas, M. M., Valencia S., González Vélez A. C. (2016). *El estigma en la prestación de servicios de aborto: características y consecuencias. Hacia la protección de los profesionales de la salud*. Bogotá: CLACAI. Disponible en: <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/903> Acceso 10 de agosto de 2017.
- Zamberlin N. (2015). "El estigma asociado al aborto como objeto de estudio: los primeros pasos en América Latina". En Ramos, S. (org.) *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES.