



Trabajo final de grado

Monografía

***El estigma del aborto en un contexto de
legalización de su práctica en Uruguay***

Estudiante: Paula Delgado, CI: 4.642.391-3

Docente tutora: Prof. Dra. Alejandra López Gómez

Febrero 2018

Montevideo- Uruguay

INDICE

| | |
|--|----|
| Resumen..... | 2 |
| Epígrafe | 3 |
| Introducción..... | 4 |
| Capítulo I: La teoría psicosociológica del estigma | |
| 1.1 Estigma: conceptualización y uso empírico..... | 7 |
| 1.2 Características del estigma..... | 11 |
| Capitulo II: Estigma asociado al aborto. | |
| 2.1 Introducción..... | 12 |
| 2.2 Conceptualización..... | 13 |
| 2.3 Modelo Ecológico..... | 15 |
| 2.4 Características..... | 16 |
| 2.5 Consecuencias..... | 18 |
| Capitulo III: Aborto voluntario | |
| 3.1 Conceptualización del aborto..... | 20 |
| 3.2 El aborto a nivel mundial y regional: breve contextualización..... | 21 |
| 3.3 Aborto en Uruguay: aspectos sociales, sanitarios y legales..... | 22 |
| 3.4 Procedimiento IVE en Uruguay | 25 |
| 3.4.1 Mapa N° 1 : Niveles de objeción de conciencia en Uruguay..... | 27 |
| 3.5 Situación de Soriano..... | 27 |
| 3.5.1 El caso de la ciudad de Mercedes (Soriano, Uruguay) | 28 |
| IV. Consideraciones finales..... | 32 |
| Referencias bibliográficas..... | 35 |

RESUMEN

Esta monografía propone analizar la relación de dos fenómenos: el estigma y el aborto, con el propósito de pensar la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), desde una perspectiva que integre la dimensión subjetiva de las mujeres que experimentan este proceso en un contexto de legalización de la práctica en Uruguay.

Se tomó la teoría psicosociológica de Erving Goffman sobre estigma como postura teórica que respalda y promueve la relación de los conceptos presentados. A continuación, se sintetizan los hallazgos sobre el estigma asociado al aborto, mediante la elaboración de un estado del arte a nivel mundial de los últimos cinco años. Tras la conceptualización del aborto voluntario y un breve recorrido histórico de su legalización en Uruguay, se presenta un caso que permite la visibilidad de la compleja articulación de ambos fenómenos. Se trata de un caso que tuvo lugar en el departamento de Soriano- Uruguay, cuya situación adquirió relevancia mediática en 2017.

La psicología de la salud, como campo específico de estudios, se ve interpelada a debatir, buscando aportar nuevo conocimiento y estrategias que contribuyan a abordar el estigma que conlleva el proceso del aborto. Se espera aportar a la reflexión sobre la situación del aborto voluntario en nuestro país, apuntando a la elaboración de futuras intervenciones e investigaciones desde un enfoque que potencie la autonomía de las mujeres, y que proteja sus derechos.

Palabras Clave: Estigma- Aborto- Psicología- Uruguay

“...Con el divorcio decían que era el fin de la familia y sólo fue el fin de la vergüenza de los separados ilegales. Con el aborto legal no habrá más ni menos abortos, habrá menos madres muertas. El resto es educar, no legislar.”

René Favaloro¹

¹ René Gerónimo Favaloro 1923- 2000. Educador y cardiocirujano argentino. Participó en programas educativos para la población y presentó numerosas conferencias en la Argentina y en el exterior, sobre temas sociales, como medicina y educación.

INTRODUCCIÓN

Reflexionar sobre el estigma del aborto desde una mirada de derechos y una perspectiva de género, permite comprender el lugar que el aborto ocupa en nuestra sociedad como parte de una red de atravesamientos morales, religiosos, filosóficos, culturales y políticos.

El sistema sexo-género atraviesa la subjetividad y los modos de organización social, y por lo tanto su análisis permite identificar las desigualdades de poder entre hombres y mujeres, así como su relación con otras formas de desigualdad social (etnia, clase social, etc.). Dicho sistema se asienta en una sociedad patriarcal, con fuertes estereotipos que se incorporan en las personas desde tempranas edades y a lo largo de la vida a través de los procesos de socialización. Entre otras cuestiones, una visión binaria y dicotómica de lo femenino y lo masculino y de la división sexual del trabajo, delega en las mujeres las tareas de los cuidados, los afectos y la familia, erigiendo a la maternidad como destino o mandato para el género femenino.

Pese a la persistencia de esta perspectiva, se registran avances en el plano nacional e internacional, que dan cuenta del esfuerzo de ciertos sectores de la sociedad por deconstruir visiones hegemónicas y patriarcales, dando lugar a un nuevo enfoque en el campo sanitario y legal. Este nuevo enfoque, de derechos y de género, permite el reconocimiento político y social de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. En Uruguay este reconocimiento se establece legalmente mediante la Ley N° 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva en el año 2008.

Sonia Correa (2003) sostiene que los derechos sexuales y reproductivos son una invención humana muy reciente, la idea surgió en 1970 en EEUU durante la campaña por el aborto, contra la esterilización forzada y el derecho a la contracepción (campaña CARASA). La salud y los derechos sexuales y reproductivos son un campo de disputa moral, ideológica, política, religiosa, simbólica y económica. El aborto, como componente de este complejo campo, posibilita el análisis de asuntos vinculados a la sexualidad, la (no) reproducción y la libre disposición y control del cuerpo de las mujeres. Estos asuntos remiten indudablemente a conflictos entre lo individual y lo

colectivo, lo público y lo privado, la universalidad y la particularidad, así como la subordinación y la dominación, que se manifiestan en la atención de los servicios de salud y en la relación profesional- usuaria (López Gómez, 2016).

Uruguay ha logrado avanzar en los últimos años en materia de reconocimiento formal de los derechos sexuales y reproductivos. Este cambio ha sido posible entre otras cosas, por la demanda ciudadana en reclamos de sus derechos, en especial las organizaciones y movimiento de mujeres y feministas.

En el año 2012, luego de un largo periodo de lucha y debate, se aprobó la Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). La implementación de la misma significó un gran avance en nuestro país. Esta normativa ubica al aborto como un problema social, dejando el ámbito del silencio y permitiendo intervenir a las instituciones de salud, generando un cambio en las condiciones en que se realiza el procedimiento. Este cambio contribuye a posicionar a las mujeres como sujetos de derecho, capaces de tomar decisiones éticas sobre su cuerpo. En este sentido la despenalización del aborto puede considerarse un logro ya que es un tema que impacta tanto en la igualdad como en la autonomía de las mujeres.

A través de la Ley N°18.987, el Estado promueve el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y garantiza a todas las mujeres residentes en el país el derecho a la procreación consciente y responsable, despenalizando el aborto cuando el mismo se realice respetando las disposiciones establecidas y dentro de las doce semanas de gestación.

Hay mucho que decir respecto de cómo se percibe socialmente el aborto, como las mujeres viven sus abortos y cómo se habla, en público y privadamente, de la interrupción voluntaria del embarazo. Estas vivencias y percepciones están vinculadas con procesos personales, nuevos arreglos sociales y transformaciones científicas y culturales (Lamas, 2003, p. 3).

La ley aprobada tiene una fuerte inclinación por seguir controlando la sexualidad femenina, dando indicaciones de cómo y cuándo puede intervenir en su propio cuerpo, reforzando por lo tanto ciertos ideales de la sociedad patriarcal. Esto se puede ver reflejado en las barreras a las que se enfrentan las mujeres al momento de

requerir el uso de los servicios que la ley contempla. Un ejemplo claro de esto, es la objeción de conciencia, la cual deja ciudades enteras sin acceso al servicio, como es el caso de Mercedes y de Young. Según los datos recabados por Mujer y Salud en el Uruguay (MYSU), el 82 % de los médicos ginecólogos del departamento de Soriano y el 87 % de los de Paysandú son objetores de conciencia (MYSU, 2015).

La ley contempla la objeción de conciencia para los profesionales de ginecología, y el fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) del 2014 amplió el alcance de la no sólo a ginecólogos sino a todos los médicos en distintos momentos del proceso y no sólo en la llamada consulta IVE 3 (aborto propiamente dicho). La objeción de conciencia es un importante obstáculo para quienes necesitan acceder a la prestación de este servicio. López Gómez y Carril (2010) sostienen que mediante este recurso los profesionales enmascaran en argumentos científicos y/o de ética, sus creencias acerca de la maternidad, sexualidad, subjetividad femenina, así como de las relaciones de poder, tanto entre los géneros, como en la relación sanitaria.

Se podría inferir que son varias las vertientes que debemos pensar para poder reflexionar sobre esta temática tan compleja, no obstante la teoría psicosociológica del estigma aporta una perspectiva relevante para comprender la situación actual en nuestro país.

El estigma asociado al aborto se expresa en el clima sociocultural negativo en torno al tema y en el silenciamiento de esa práctica, tanto por parte de las mujeres que la atraviesan, como de los profesionales que la brindan. En las mujeres el estigma no solo impacta en términos psicológicos, sino que también condiciona la voluntad de buscar atención médica, máxime en contextos de ilegalidad. A nivel de los proveedores, el estigma los deslegitima y excluye dentro de su comunidad profesional, asocia su rol a “trabajo sucio”, aumenta el estrés y promueve situaciones de hostigamiento y violencia (Zamberlin, 2015, p. 173).

En el siguiente capítulo se desarrolla una revisión bibliográfica a nivel internacional sobre la problemática planteada: estigma y aborto, con el fin de conocer la producción académica elaborada desde el 2012 hasta el momento. A partir de ella, se propone analizar la interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay, y

específicamente poder pensar la situación en la ciudad de Mercedes, haciendo referencia a un caso puntual de carácter público, en el que se vio vulnerada la capacidad de decisión de la mujer.

CAPITULO I

LA TEORÍA PSICOSOCIOLÓGICA DEL ESTIGMA

1.1 Estigma: Conceptualización y uso empírico

Según la Real Academia Española, el término estigma proviene del latín *stigma* que significa “marca hecha en la piel con un hierro candente”, “nota infamante”.

Goffman (1963) plantea que el término estigma fue creado por los griegos para hacer alusión a la presencia de marcas corporales tales como cortes o quemaduras que dejaban en evidencia la inferioridad de quien las poseía. Estas marcas, eran indicadores de que se estaba ante una persona corrupta, un criminal o un esclavo, y que por lo tanto se debía evitar el contacto con ella, sobre todo en lugares públicos. Más adelante, si bien la noción conservó su sentido, se comenzó a utilizar para hacer alusión no solo a las marcas corporales, sino al mal en sí mismo.

Las sociedades generan y reproducen procesos estigmatizadores así como los dispositivos que apuntan a invisibilizar ciertas cuestiones por la carga estigmatizante que conllevan (persecución, encierro, entre otros.). A lo largo de la historia y dependiendo de la cultura, los fenómenos que son considerados estigmas han ido cambiando y otros se han mantenido. Pero es fundamental comprender que el proceso de estigmatización no tiene que ver con un tiempo histórico determinado sino que es inherente a las sociedades en general.

El estigma es un constructo social que permite categorizar los roles de los individuos en la sociedad, dividiéndolos entre normales y estigmatizados. Vale aclarar que las personas no quedan separadas en estos dos grupos, sino que dependiendo de las circunstancias van a ocupar un lugar o el otro. A través de estos procesos es que se crean las identidades sociales: identidad social virtual (conformada por los

supuestos atributos que caracterizan a la persona, según el resto de los individuos la sociedad) e identidad social real (conformada por los atributos que realmente le pertenecen a la persona). Generalmente se produce una discrepancia entre estas identidades cuando se es poseedor de un estigma, dañando la identidad social cuando esta discrepancia es perceptible y conocida.

El normal y el estigmatizado no son personas, sino, más bien, perspectivas. Estas se generan en situaciones sociales durante contactos mixtos, en virtud de normas no verificadas que probablemente juegan en el encuentro. Los atributos duraderos de un individuo en particular pueden convertirlo en un estereotipo; tendrá que representar el papel de estigmatizado en casi todas las situaciones sociales que le toque vivir, y será natural, referirse a él, tal como lo he hecho, como a un estigmatizado cuya situación vital lo ubica en contraste con los normales. (Goffman, 1963, p. 160)

Existen una serie de emociones negativas que se generan en la sociedad hacia aquellos atributos que se alejan de las expectativas sociales. Es por ello que quienes comparten un atributo desacreditador muchas veces generan grupos o comunidades, siendo todos los integrantes portadores de la misma marca, como es el caso de los adictos, de quienes padecen alguna enfermedad (como el VIH), discapacidad intelectual o física, entre otros. “Entre sus iguales el individuo estigmatizado utiliza su desventaja como base para organizar su vida pero para lograrlo debe resignarse a vivir en un mundo incompleto” (Goffman, 1963, pp. 32-33).

La noción de estigma se puede analizar en relación a cómo las sociedades consideran distintos fenómenos (trastornos mentales, enfermedades, etc.) pero para ello se debe lograr una correcta comprensión del término así como una clara delimitación conceptual.

A principio de la década del sesenta, el sociólogo Erving Goffman (7) definió el estigma como un atributo de descrédito, ligado a características negativas que desafían las expectativas sociales y devalúan al sujeto. La persona estigmatizada es vista como poseedora de una diferencia indeseable y negativamente valorada, en torno a la cual construye su identidad (Zamberlin, 2015, p.174).

Considero acertada la postura de Miric (2003) al sostener que si bien la definición de Goffman es amplia, es la más adecuada, ya que en muchos trabajos posteriores se incurre en el error de confundir el fenómeno del estigma con otros fenómenos relacionados (actitud negativa, estereotipo, discriminación).

Es posible sostener que un atributo puede ser símbolo de estigma y de normalidad también, dependiendo del contexto. A modo de ejemplo, Goffman (1963) plasma el testimonio de un criminal que relata la preocupación y vergüenza que le genera dirigirse a una biblioteca y que alguien conocido lo vea entrar. Pero seguramente estas sensaciones no se produzcan en un muchacho de clase media, es más, quizás en este último los sentimientos experimentados sean todo lo contrario. “Un estigma es pues, realmente una clase especial de relación entre atributo y estereotipo” (Goffman, p. 14). Ampliando este concepto, este autor reconoce que el estigma conlleva una doble perspectiva, resignando al individuo estigmatizado a la situación de desacreditado (cuando el estigma resulta evidente) o desacreditable (cuando el estigma no es perceptible de manera inmediata por los demás ni por ellos).

Se puede identificar tres niveles de expresión del estigma:

El estigma es percibido cuando el individuo es consciente de las valoraciones negativas de los otros hacia él/ella. El estigma es experimentado, cuando la persona vivencia de manera directa la reacción negativa de su entorno en forma de prejuicio y discriminación. Y el estigma es internalizado, cuando una persona acepta e incorpora subjetivamente la valoración cultural negativa de los rasgos que lo distinguen. (Zamberlin, 2015, p. 174)

El primer nivel se manifiesta en el plano individual, en las emociones y miedos que se generan en los sujetos como consecuencia del lugar que ocupa cierto atributo, práctica o fenómeno en la sociedad. El segundo nivel refiere a las situaciones experimentadas por los sujetos a causa del estigma, tales como: maltrato, hostigamiento, aislamiento y discriminación. El tercer nivel es la apropiación de las dos dimensiones anteriores, la cual deja como consecuencia sentimientos y emociones negativas que generan malestar en el sujeto, ubicándolo en situaciones de vulnerabilidad.

Goffman (1963) plantea además la existencia de tres tipos de estigmas: las abominaciones del cuerpo (deformidades físicas), los defectos del carácter del individuo (falta de voluntad, pasiones antinaturales o tiránicas, perturbaciones mentales, adicciones, intentos de suicidio, entre otros), y los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión (transmisibles por contagio y por herencia).

En todas las categorías expuestas anteriormente es posible visualizar un modelo de funcionamiento semejante: el individuo no es aceptado socialmente, sino que es visto con desprecio y sometido a diferentes formas de discriminación. Además, el autodesprecio, retraimiento y vergüenza suelen estar presentes en el individuo estigmatizado quien posee el mismo sistema de creencias sobre lo que está bien y lo que está mal, lo esperable y lo prohibido en determinada sociedad. El estigma por un lado expone a situaciones de vulnerabilidad a quien lo posee, y a su vez valida a otros individuos dentro del grupo de los normales (Goffman llama así a quienes no se apartan negativamente de las expectativas sociales). Los normales entonces, creen que la persona que posee un estigma no es totalmente humana, y desde este supuesto se originan infinidad de actitudes y tratos irrisorios hacia ellas.

Al hablar de estigma nos referimos a un modelo que implica la interacción de dos tipos de sujetos claramente diferenciados, el cual genera desventajas y limitaciones sociales así como situaciones de aislamiento y exclusión. Existe una cantidad significativa de situaciones que se corresponden con este formato, que habilitan la repetición perversa del modelo. A modo de ejemplo podríamos nombrar el estigma que ha significado el divorcio para la mujer hasta hace un tiempo no muy lejano, forzándola en muchos casos a soportar situaciones violentas coartando de esta manera su libertad de elegir.

En relación a ello, resulta fundamental la noción de poder a la que hacen referencia Link y Phelan (2001) a la hora de analizar los procesos de estigmatización. Plantean una serie de elementos que deben ocurrir conjuntamente para que exista el estigma: etiquetaje (asignación de categorías sociales a los individuos), estereotipia (las diferentes etiquetas son relacionadas a estereotipos), separación (ellos y nosotros), pérdida de status y discriminación.

A pesar de esto, podríamos afirmar que si bien “el estigma puede presentarse vinculado a la discriminación y el rechazo social y de hecho, lo hace con mucha frecuencia; esto, sin embargo, no implica una relación universal e invariable de ambos fenómenos” (Miric, 2003, p. 15)

Por otra parte, los medios de comunicación son un elemento crucial para pensar la problemática planteada, ya que originan y refuerzan estigmas. Con el avance de la tecnología se han diversificado las vías por las cuales se difunden y sostienen discursos de poder. Si bien estos suelen tener una dinámica difícil de desarticular, es interesante pensar y dilucidar qué contenidos son transmitidos, en qué formato, entre qué públicos o sectores de la población circulan, se recrean y/o reproducen.

Goffman (1963) concluye que el estigma tiene una función social general que implica cierta resistencia al cambio: conseguir ayuda para la sociedad entre aquellos que no son ayudados por ella. Asimismo sugiere otras funciones que varían según el tipo de estigma. Por ejemplo, control social cuando se estigmatiza a aquellos individuos con antecedentes morales o eliminación de minorías en el caso del estigma hacia quienes son parte de ciertos grupos étnicos o religiosos.

1.2 Características del estigma

En este apartado cobra especial relevancia la palabra de Miric (2003) quien plantea una serie de características del estigma con el propósito de delimitar el concepto y lograr una más clara operacionalización empírica del mismo.

1) La reacción emocional

Es una de las características principales, y refiere a la reacción automática que produce un atributo estigmatizante observable o conocido en las personas normales. Esta característica es planteada por Goffman inicialmente cuando introduce la sensación de incomodidad que se produce en los contactos mixtos. Según Stangor y Crandall (s/f), esta reacción de aversión o repugnancia, alcanza mayor intensidad cuando el estigma tiene que ver con un atributo observable.

2) El componente racional

Aunque la reacción que experimentan las personas normales ante un atributo de descrédito no se inscribe en el plano de lo voluntario, estas proceden a racionalizar lo que les sucede para encubrir esta reacción y justificar las acciones de exclusión, repudio y discriminación. Sin embargo, resulta engorroso deshacerse de ellas mediante una argumentación racional.

3) El contagio

A diferencia de otros fenómenos sociales similares que tienden a limitarse a la persona que lo posee, el estigma suele traspasar este límite, afectando a toda persona u objeto que esté en contacto con ellos, sea este físico o simbólico.

4) La supresión del estigma

Esta característica tiene que ver con manifestaciones tales como la vergüenza, la ansiedad y la culpa, producidas debido a la incongruencia entre las reacciones y las racionalizaciones. Esta incongruencia permite que se cree un espacio propicio para este fenómeno, entendido como la “inhibición del rechazo y de la evitación desencadenados normalmente por el estigma, debido a otros valores y actitudes asumidos por la persona, que entran en conflicto con este tipo de acciones” (Miric, 2003, p. 13).

CAPITULO II

ESTIGMA ASOCIADO AL ABORTO

2. 1 Introducción

A través de este capítulo se pretende sintetizar los hallazgos de investigación sobre el estigma asociado al aborto, buscando alcanzar una correcta conceptualización de este fenómeno que permita construir pensamiento desde una postura crítica respecto al tema.

Para la construcción del estado del arte se llevó a cabo una revisión bibliográfica que constó de dos etapas. La primera etapa consistió en buscar en bases de datos de producción científica a partir de palabras clave (estigma y aborto), tanto en inglés como en español, para el período 2013-2017. En la segunda etapa se organizó y analizó el material encontrado, identificando subtemas oportunos, con el fin de generar nuevas interpretaciones en torno al tema.

La búsqueda arrojó 40 artículos científicos publicados a nivel mundial en revistas indexadas, arbitradas y disponibles en bases de datos electrónicas. Las bases de datos utilizadas fueron: Taylor & Francis Online, EBSCO, Scielo, Science Direct y SocINDEX. Se excluyeron libros, críticas y materiales de conferencias. Se encontraron 36 artículos en inglés y 4 en español. Los trabajos seleccionados provienen de México, Uruguay, Estados Unidos, Kenya, Inglaterra y Brasil. La investigación sobre el estigma asociado al aborto producida en el período analizado, da cuenta de un importante avance en cuanto a la relevancia del tema a nivel mundial. Sin embargo, se constata una producción limitada en la región en comparación con la producción generada en Estados Unidos.

2.2 Conceptualización

Kumar, Hessini y Mitchell (2009) definen el estigma del aborto como “un atributo negativo asignado a las mujeres que buscan terminar un embarazo que las marca interna y externamente como inferiores al ideal de mujer” (Zamberlin, 2015, pp. 174-175).

Partiendo de esta definición en 2013, Cockrill, et al., reconocen el papel que desempeña el estigma en los prestadores de servicios de aborto, los sistemas de salud, las comunidades, las leyes, las políticas y los medios de comunicación. Las autoras definen el estigma del aborto de la siguiente manera: “Un entendimiento acorde de que el aborto es inmoral y/o socialmente inaceptable”. (INROADS, 2016, p. 8).

El estigma asociado al aborto es un fenómeno socio-interaccional, que afecta de manera directa a tres grupos: a las mujeres que realizan un aborto, a los

trabajadores que proveen el mismo y a quienes apoyan o trabajan a favor de este procedimiento (investigadores, escritores, etc.) (Cockrill & Nack, 2013). La literatura elaborada respecto a este tema hasta el momento, se ha centrado en el estudio de este fenómeno a partir de las mujeres que interrumpen un embarazo y de los proveedores de este servicio.

Las mujeres que deciden interrumpir un embarazo rompen las expectativas sociales dominantes sobre la naturaleza del ser mujer ligado a la reproducción, la maternidad y el instinto de cuidado hacia los vulnerables (Zamberlin, 2015, p. 175). Esta desviación de lo esperado, modifica el lugar de la mujer en la sociedad, poniendo en peligro el orden cultural, social y moral. En este sentido, el aborto marca múltiples transgresiones de los arquetipos femeninos, sobre todo en lo relacionado con el no deseo de ser madre, la participación en el sexo sin el deseo de procreación y la carencia de un sentimiento maternal (Cockrill & Nack, 2013). La estigmatización de este procedimiento refleja complejos desacuerdos culturales acerca del significado de la maternidad que dan lugar a fuertes controversias sociales (Abrams, 2015).

A su vez, los proveedores de aborto son estigmatizados por la sociedad, excluidos y marginalizados en las instituciones y dentro de su comunidad profesional. Esto genera consecuencias negativas que impactan en el funcionamiento de los servicios, y en la salud de los involucrados en el proceso: proveedores y usuarias.

Son múltiples los elementos que contribuyen a la perpetuación del estigma asociado al aborto. La narrativa utilizada por actores sociales ubicados en posiciones de poder, a través de diferentes medios de comunicación, así como el lenguaje utilizado en debates políticos y parlamentarios, refuerzan el estigma en torno al aborto e idealizan la maternidad, moldeando la subjetividad de los individuos (O'Rourke, 2016).

Los avances tecnológicos y sociales repercuten en la construcción de la maternidad, fracturando la idea de ésta como biológica e inevitable. En este sentido, tanto la reproducción asistida, la subrogación y el aborto rompen las expectativas relacionadas al embarazo, separando gestación de maternidad. El estigma asociado a

estos procedimientos revelan patrones similares de estereotipos de género (Abrams, 2015).

La persistencia de las construcciones sociales tradicionales y patriarcales conlleva a atribuir a las mujeres que interrumpen un embarazo características tales como: frívola, promiscua, irresponsable, culpable, pecadora o asesina. Esto no solo obstaculiza el acceso a servicios seguros, sino que además influye en la salud (física y mental) de quienes pasan por la situación del aborto.

El estigma promueve la invisibilidad de esta experiencia e intensifica a su vez los circuitos clandestinos, distanciando a la mujer de un apoyo social- emocional (Cockrill & Nack, 2013). El estigma como herramienta poderosa de control social (Abrams, 2013), genera silencio en los proveedores y en la voz de las mujeres que pasan el aborto o que quieren abortar, a pesar de ser una de las experiencias ginecológicas más comunes (O'Rourke, 2016). De esta manera, se ubica al aborto en la esfera de lo privado, como una experiencia anormal y poco frecuente, dificultando el manejo colectivo del tema. En este sentido, también obstaculiza la instauración de una perspectiva más amplia de reflexión, la cual permitiría construir pensamiento democrático y desmitificar el simplismo que estigmatiza la decisión de las mujeres (Lamas, 2014).

2.3 Modelo Ecológico

Para describir y comprender el proceso del estigma asociado al aborto, Kumar et al., (2009), crearon un modelo ecológico que da cuenta de las diferentes esferas sociales donde se manifiesta este fenómeno, así como sus causas y consecuencias (Vivas, Valencia y González Vélez, 2016). Los niveles que constituyen este modelo son: medios de comunicación y cultura, legislativo, institucional, comunitario e individual. Estas esferas se interrelacionan y se afectan las unas a las otras, sin un orden jerárquico ni lineal, dando lugar a un proceso circular complejo.

- **Medios de comunicación y cultura**

Este nivel incluye la representación en los medios de comunicación del aborto, los prestadores de servicios y las mujeres que pasan por esta experiencia; cómo se les refiere en el discurso dominante, o cómo se les hace visible o invisible en la cultura popular (Vivas, et al., 2016).

- **Jurídico**

El estigma a nivel jurídico refiere a los obstáculos generados por las leyes que limitan, criminalizan o impiden el acceso al aborto y a cómo los elaboradores de políticas y las instituciones interpretan estas leyes de manera discriminatoria (Zamberlin, 2015).

- **Institucional**

Las lógicas institucionales, sobre todo de los servicios de salud, refuerzan y reproducen el estigma, produciendo una deficiencia en la calidad de atención. Un ejemplo de estas lógicas es la exclusión o separación física de los servicios de aborto de los demás servicios de salud sexual y reproductiva, así como la falta de la capacitación de los profesionales que desean prestar estos servicios (Le Tourneau, 2016).

- **Comunitario**

La comunidad es la esfera donde se articulan habitualmente las dinámicas que producen estigmatización y pérdida de status, y es donde se hace presente el temor al rechazo y a la condena por parte de la comunidad de pertenencia (Vivas, et al., 2016). Las normas sociales y culturales que posicionan como rol central de la mujer el ser madre, influyen en el estigma experimentado por las mujeres que pasan por un aborto al desviarse de este supuesto rol primordial. Estas normas contribuyen a la creación de estereotipos, y la transgresión de ellos genera actitudes negativas por parte de la comunidad hacia quienes abortan y hacia quienes lo proveen (Le Tourneau, 2016).

- **Individual**

El nivel individual refiere al impacto del estigma a nivel psicológico y emocional (Zamberlin, 2015), es la experiencia (internalizada, percibida y real) del estigma experimentado por las mujeres que tienen abortos, las personas que apoyan a esas mujeres o quienes prestan servicios de aborto (Le Tourneau, 2016). Este impacto

puede expresarse a través de sentimientos tales como malestar, vergüenza y culpa (Zamberlin, 2015).

Herek (2009) plantea un marco de referencia que implica los tres niveles de expresión del estigma asociado a la práctica del aborto, el cual contribuye a comprender las experiencias individuales de las mujeres que pasan por el mismo. El estigma internalizado resulta de la aceptación de la valoración cultural negativa del aborto. El estigma percibido acompaña la valoración de la mujer a partir de las actitudes de otras personas en torno al aborto. El estigma experimentado refiere a las experiencias vividas por la mujer que revelan el prejuicio de la sociedad sobre aquellos involucrados en un aborto (Cockrill & Nack, 2013).

2.4 Características

Según Cockrill & Nack (2013), es posible clasificar el estigma vinculado al aborto como dos de los tres tipos de estigma propuestos por Goffman (1963).

- Defectos de carácter

Se puede clasificar dentro de esta categoría al representar un fallo en los arquetipos de feminidad dominantes. Lo que contribuye a manchar la identidad social de los sujetos involucrados en el proceso del aborto, ocasionando una pérdida en el status social.

- Estigmas tribales

Es posible considerar el estigma asociado al aborto como un estigma tribal ya que tal como señala Nack (2002), a partir de la moral sexual se conforman dos tribus bien diferenciadas. Por un lado, la tribu de las “buenas”, formada por esposas y madres que gozan de cierto status social. Por el otro lado, la tribu de las “malas”; mujeres devaluadas socialmente por desviarse de las expectativas sociales dominantes, especialmente en lo que refiere a la sexualidad y feminidad. Los comportamientos que llevan a las mujeres a formar parte de esta última tribu incluyen: promiscuidad, contraer una enfermedad de transmisión sexual y tener un aborto.

2.5 Consecuencias

La estigmatización del aborto produce efectos negativos en los servicios de salud, las mujeres que abortan y los proveedores de estos servicios.

“Para las mujeres el estigma no solo tiene un impacto psicológico sino que también condiciona la voluntad de buscar atención médica, máxime en contextos de ilegalidad “(Zamberlin, 2015, p. 176). Tiene un efecto potencialmente negativo en la salud física de las mujeres, afectando en el futuro cuidado de su salud al tratar de evitar encuentro médicos donde tengan que compartir sus historias reproductivas (Cockrill & Nack, 2013). La clandestinidad de la práctica expone a las mujeres a condiciones inseguras que generan riesgos en su salud física y emocional, especialmente cuando no disponen de recursos de sostén de personas significativas (López Gómez y Carril, 2008). Frecuentemente la falta de apoyo afectivo se debe a que, para evitar ser juzgadas y estigmatizadas, optan por vivir la situación en soledad. Esta elección conlleva un impacto en su bienestar que puede llegar a producir estrés psicológico y un alto nivel de angustia. Estas consecuencias han servido para argumentar la existencia de un síndrome post aborto, el cual no se ha podido comprobar empíricamente. Es posible constatar que el origen de este malestar generalmente se debe a los efectos de la estigmatización, no guardando relación con sentimientos de arrepentimiento, sino con sentimientos tales como soledad, vergüenza y culpa.

“A nivel de los proveedores, el estigma los deslegitima y excluye dentro de su comunidad profesional, asocia su rol al “trabajo sucio, aumenta el estrés y promueve situaciones de hostigamiento y violencia” (Zamberlin, 2015, p. 176). La estigmatización del aborto tiene importantes consecuencias en los proveedores de estos servicios e impacta de manera directa en la calidad profesional. Si bien con el paso del tiempo es posible constatar una reducción del estigma, los efectos de este proceso no dejan de estar presentes y esto se ve reflejado en el desgaste profesional,

la fatiga y los altos niveles de estrés (Martin, Debbink, Hassinger, Youatt, & Harris, 2014). A raíz de esto muchos profesionales deciden no prestar este servicio, lo que genera una alta tasa de médicos objetores de conciencia y una sobrecarga en los médicos que no lo son. Faúndes et al. (2013), describieron la relación entre el estigma y la objeción de conciencia, demostrando el uso de este recurso para negar el acceso a un aborto seguro sin razones de conciencia, sino como una medida para evitar el estigma social en contextos donde el aborto es legal (Vivas, et al., 2016). Como respuesta a los efectos de la estigmatización, o para prevenirla, los proveedores ejercen la autocensura y el silencio, trascendiendo en algunos casos al ámbito familiar y comunitario de los sujetos. Si bien el silencio es utilizado para manejar el rechazo y la condena social, puede generar conflictos en el proveedor y afectar su participación en la comunidad (Le Tourneau, 2016). “Ocultar la práctica clínica del aborto seguro fomenta la idea de que los prestadores no son personas comunes, altamente preparadas, que están garantizando derechos humanos. A este fenómeno se le llama “la paradoja de la legitimidad” (Lisa H. Harris et al., 2013) (Le Tourneau, 2016).

Vivas, Valencia y González Vélez (2016), plantean los siguientes efectos de la estigmatización en los servicios de salud: separación de servicios de aborto de otros servicios, inconsistencia entre oferta y demanda, problema de financiamiento de clínicas, ausencia de guías protocolos y procesos, y sub-registro de procedimientos. Estos efectos impactan en la calidad de servicios de las instituciones y en la accesibilidad a los mismos, colocando importantes barreras que obstaculizan el procedimiento. Apartar los servicios de aborto del resto de los servicios de salud sexual y reproductiva, permite delegar un número reducido de profesionales a este procedimiento, priorizando el buen funcionamiento de otros servicios, a pesar de que la interrupción voluntaria del embarazo es uno de los servicios más requeridos por las mujeres. Esto produce una importante inconsistencia entre la oferta y la demanda, además de una sobrecarga en un grupo reducido de profesionales. Asimismo, el temor al estigma genera un sub- registro de procedimientos, contribuyendo a la invisibilidad de un servicio frecuente por la falta de estadísticas.

CAPITULO III

ABORTO VOLUNTARIO

3.1 Conceptualización del aborto

Con el propósito de esclarecer el desarrollo posterior del trabajo, resulta pertinente comenzar este capítulo introduciendo la etimología de la palabra aborto, para luego poder desplegar subtemas oportunos que contribuyan a una adecuada comprensión del tema en cuestión.

La palabra aborto proviene del latín *abortus* o *aborsus*, que a su vez deriva del término *aborior*. Este concepto se utilizaba para referir lo contrario a *orior*, o sea, lo contrario a nacer. El aborto es la interrupción del desarrollo del embrión o feto durante el embarazo (López, Arribeltz, Alemán, Carril y Rey, 2011, p. 66).

La Organización Mundial de la Salud define al aborto como “la interrupción de un embarazo antes de que el feto pueda llevar una vida extrauterina” (OMS, 1995, p. 20). La viabilidad extrauterina es un concepto médico que ha ido variando a lo largo del tiempo, ubicándose actualmente en torno a las 22 semanas de gestación, contando desde el primer día de la última menstruación.

“El aborto puede clasificarse en dos tipos: espontáneo e inducido. Dentro de la segunda categoría, se incluye el aborto voluntario” (Carril y López, 2008, p. 64). El aborto voluntario puede realizarse mediante el uso de medicamentos por vía oral o vaginal (misoprostol y/o mifepristona), o mediante un procedimiento quirúrgico (legrado uterino instrumental o aspiración endouterina).

Según Lamas (2003), el aborto es la manera ancestral que tienen las mujeres para resolver el conflicto de un embarazo no deseado. Siguiendo con los planteos de la misma autora, se puede afirmar que en el siglo XXI sigue habiendo embarazos no deseados debido a tres tipos de causas:

- a) las que son inherentes a la condición humana: olvidos, irresponsabilidad, descuidos, violencia y deseos inconscientes.
- b) las que tienen que ver con carencias sociales, sobre todo, la ausencia de programas de educación sexual y que deja como resultado una ignorancia reproductiva generalizada, así como el acceso restringido a métodos anticonceptivos modernos.
- c) fallas en el uso de métodos anticonceptivos o su uso inconsistente.

Los dos últimas causas se pueden enfrentar, aunque no es tarea sencilla, mediante la creación de políticas públicas y programas que apunten a la educación, inclusión e igualdad. Sin embargo, lo que es inherente a la condición humana, es imposible de controlar.

3.2 El aborto a nivel mundial y regional: breve contextualización

Cada año se producen 55,7 millones de abortos en el mundo, un 45% de los cuales -la cifra alcanza los 25,5 millones- se realiza sin garantías de seguridad (OMS & Guttmacher, 2017). Las condiciones y procedimientos inseguros exponen a las mujeres a riesgos de salud, que pueden llegar a ocasionar discapacidades e incluso la muerte.

En el caso de América Latina y el Caribe, se estima que cada año ocurrieron 6.5 millones de abortos inducidos en el periodo 2010- 2014. Estas cifras sugieren una tasa de aborto de 44 por 1.000 mujeres en edades de entre 15 y 44 años (OMS & Guttmacher, 2017).

El estudio publicado recientemente por la OMS y el instituto Guttmacher, clasifica los abortos como seguros o peligrosos, incluyendo subcategorías dentro del aborto peligroso: “menos seguros” o “nada seguros”. El aborto seguro es aquel que es practicado por profesionales especializados y siguiendo con las directrices establecidas por la OMS y por la normativa vigente de cada país (en caso de que la haya). Cuando los abortos se realizan de manera segura, la posibilidad de que se produzcan complicaciones graves o muerte es insignificante. De 2010 a 2014, aproximadamente el 55% del total de los abortos se realizaron en condiciones de

seguridad, mientras que el otro 45% se realizó en condiciones peligrosas. Se estima que el 31% de los abortos fueron “menos seguros”, ya sea por ser practicados por una persona no cualificada o porque el método utilizado por el profesional fue poco seguro. El 14 % restante se trató de abortos peligrosos “nada seguros”, llevados a cabo por personas no cualificadas mediante métodos peligrosos. De esta última clasificación derivan complicaciones como hemorragias, infecciones, lesiones cervicales y uterinas, así como abortos incompletos (esto se produce cuando se dejan restos del tejido del embarazo en el útero) (OMS & Guttmacher, 2017).

Pese a los múltiples riesgos que derivan de las condiciones inseguras, el aborto sigue siendo ilegal en muchos países. “El sentido de la criminalización es mantener un ambiente moral de culpabilización y penalización que favorece la existencia de un mercado clandestino de acceso al procedimiento” (Correa, 2003, p. 26).

Marta Lamas (2003) sostiene que si bien a nivel mundial la despenalización del aborto va en aumento, la mayoría de las legislaciones dependen de la intervención de terceros (médicos, progenitores, maridos o consejeros), se establecen criterios “profesionales” y se coloca a las mujeres frente a una “consejería”, limitando su capacidad de decisión.

En este sentido es posible ubicar la interrupción voluntaria del embarazo amparada por normativas legales en varios países, lo cual “se sustenta en diversos esfuerzos desarrollados por la comunidad mundial para eliminar las desigualdades de género.” (Laza Vásquez, C. y Castiblanco Montañez, 2013, p. 940).

3.3 Aborto en Uruguay: aspectos sociales, sanitarios y legales

En Uruguay, el aborto voluntario fue considerado un delito según la Ley N°9.763 del Código Penal desde 1938. Esta ley condenaba a las mujeres que se realizaban o consentían un aborto, a ser castigadas con prisión (de tres a nueve meses). Esta condena podía ser “atenuada o eximida por el Juez ante determinadas causales, siempre y cuando haya sido realizado por un médico hasta los tres meses de gestación, salvo en el caso de riesgo de vida de la mujer, donde el plazo es mayor”

(López Gómez y Carril, 2010, p. 29). Los causales que podían eximir o atenuar la condena de esta Ley eran los siguientes: honor, violación, grave riesgo de la salud y angustia económica.

Lejos de eliminar la práctica del aborto, como argumentaban quienes estaban a favor de la penalización del mismo, lo que esta ley promovió fue el mercado clandestino y la inseguridad en torno a la práctica, exponiendo a las mujeres a situaciones de vulnerabilidad y a condiciones que ponían en riesgo su salud.

“A partir de 1985, con la recuperación de la democracia en el país (1973 – 1985) el debate social y político sobre la despenalización del aborto, adquiere densidad e intensidad” (López Gómez y Carril, 2010, p. 30). Hubo varias iniciativas para reformular las normativas vigentes sobre el aborto, y aunque ninguna llegó a su aprobación, demostraron el creciente interés de la sociedad uruguaya en el tema.

Carril y López Gómez (2008) sostienen que el involucramiento activo de la ciudadanía e instituciones, así como el debate parlamentario social y político que se generó en relación al proyecto de ley de Defensa de la Salud Reproductiva (2001-2004), ubicó a la despenalización del aborto como un asunto relevante de la agenda política y pública del país.

“Durante mucho tiempo, los servicios de salud en Uruguay no incorporaron en sus prestaciones la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto inducido” (López Gómez y Carril, 2010, p.30). El modelo médico hegemónico (Menéndez, 1987) que operaba en el campo sanitario, caracterizado entre otras particularidades por ser biologicista, a- social e individualista, así como el enfoque materno- infantil centrado en la ecuación mujer=madre, no permitía avanzar en este sentido. “Este modelo tiende a excluir o minimizar la incidencia y el reconocimiento de la importancia de los determinantes del orden socio-cultural, económico y político en la producción y solución de los problemas de salud- enfermedad” (López Gómez, Benia, Contera y Guida, 2003, p. 27). Sin embargo, aunque este modelo ya no opere formalmente, sigue influyendo en las prácticas profesionales y en sus posicionamientos subjetivos.

El cambio de paradigma ocurrido con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el año 2008, llevó al estado Uruguayo a buscar revertir modelos hegemónicos de atención en salud de tipo curativo hacia aquellos basados en la promoción y la prevención en salud. Este cambio permitió la integración de los derechos sexuales y reproductivos al sistema de salud, reconociéndolos como derechos humanos. Este reconocimiento “configuró, no sin controversias, un nuevo marco ético y normativo para las políticas públicas y en particular, en la regulación de la atención sanitaria” (López Gómez y Couto, 2017, p. 12).

Esta reforma en el sistema de salud, da cuenta de un largo proceso de transformación y reorganización del mismo. Los cambios producidos en los modelos de atención, gestión y financiamiento, contribuyeron a la modificación del enfoque materno- infantil por una perspectiva integral en salud sexual y reproductiva.

En el año 2004, mediante la Ordenanza N° 369, el Ministerio de Salud Pública implementó una estrategia sanitaria de atención pre y post aborto, con el fin de prevenir el aborto en condiciones de riesgo y reducir sus posibles daños. Esta normativa permitió vincular por primera vez a las mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto a los servicios de salud, ubicando al aborto inseguro como un problema de salud pública. A partir de este momento los servicios de salud contaban con un marco normativo limitado que permitía actuar ante esta problemática, aún en un escenario legal restrictivo que tipificaba el aborto como delito (López Gómez, 2016).

En noviembre de 2012, se aprueba la Ley N° 18.987 de “Interrupción Voluntaria del Embarazo”, la cual garantiza el acceso a servicios de IVE bajo ciertas condiciones. Dicha ley despenaliza el aborto en los casos en que la mujer cumpla con los requisitos que se establecen y se realice durante las primeras doce semanas de gestación. Luego de ese plazo, el aborto puede realizarse en caso de riesgo grave de salud o vida de la mujer y por malformación fetal incompatible con vida extrauterina (en ambos casos sin plazo) y en caso de violación sexual (hasta las 14 semanas). Esta normativa compromete al Estado a promover el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, formando equipos interdisciplinarios responsables de brindar atención a mujeres que decidan interrumpir un embarazo. “Los servicios de IVE deben ser prestados por todos los efectores públicos y privados del SNIS de manera gratuita,

siguiendo la guía clínica oportunamente dictada por el Ministerio de Salud, con base en las buenas prácticas recomendadas por la OMS” (López Gómez, Couto, Piriz, Monza, Abracinskaskas, Ituarte, 2017, p.2). Pese a esto, es posible identificar en las diferentes etapas del procedimiento actitudes incorrectas e inadecuadas de parte de los trabajadores de la salud, tales como: prejuicios o falsas creencias, excesiva rigidez en el procedimiento, verbalizaciones que generan emociones negativas como pudor, vergüenza, culpabilización, etc. Ocasionando repercusiones en el ámbito sanitario así como a nivel personal y familiar de las usuarias.

3.4 Procedimiento IVE en Uruguay

Los requisitos que establece la normativa vigente en nuestro país se identifican con la sigla IVE seguida de un número. El IVE 1 implica la consulta médica ante una institución del Sistema Nacional Integrado de Salud, donde la mujer debe manifestar su voluntad de interrumpir el embarazo y las razones que la llevan a tomar esta decisión. El profesional debe habilitar para ese mismo día o el siguiente, la consulta con el equipo interdisciplinario, la cual constituye el IVE 2. Este equipo deberá estar integrado por al menos tres profesionales, (un médico ginecólogo, un profesional del área de la salud mental y un profesional del área social). El equipo debe brindar a la usuaria la información necesaria para que su decisión sea consciente y responsable. Luego de la reunión con el equipo multidisciplinario, la usuaria dispone de un periodo de reflexión de cinco días como mínimo, para poder acceder al IVE 3, es decir, al aborto propiamente dicho. La última etapa del procedimiento, incluido por la reglamentación de la ley a cargo del MSP, es la consulta IVE 4, la cual refiere a la consulta post- aborto. En esta última etapa se realizan controles post- aborto y asesoramiento en anticoncepción.

Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), en un informe de 2017, registra que en el país se realizaron 34.589 interrupciones legales del embarazo, entre 2013 y 2016. El número de abortos realizados legalmente ha ido aumentando progresivamente desde la instalación de los servicios IVE en el SNIS, pese a las dificultades de implementación en algunos sectores del país y de los problemas detectados en el sistema. Estas cifras no indican que el número de abortos haya aumentado con la despenalización del mismo, sino que las mujeres se están acercando más a los

servicios, lo que podría estar relacionado a cierto cambio en el lugar social que ocupa el aborto voluntario en nuestro país.

A través de la percepción de diversos actores entrevistados en investigaciones realizadas por MYSU, es posible constatar que a pesar de la despenalización, hay mujeres que siguen recurriendo a circuitos clandestinos para efectivizar su decisión. Esto se debe, entre otras cosas a las barreras que obstaculizan el procedimiento legal. Según señala Silva (2014) las principales barreras para acceder a los servicios de IVE son la falta de difusión de los servicios, el proceso “engorroso”, las limitaciones geográficas y económicas, las barreras dentro del sistema de salud (estigma en los centros de salud, desvinculación entre diferentes procesos del servicios, entre otros) y el estigma en el contexto social en que se vive.

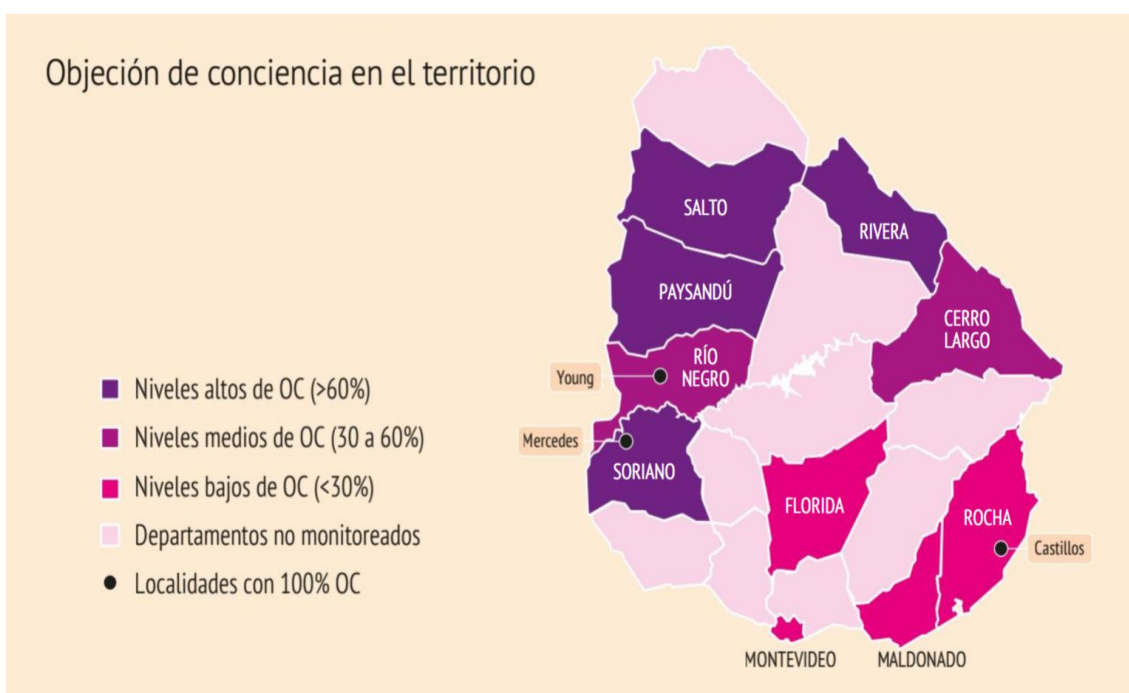
El Observatorio Nacional de Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU, realizó un monitoreo de los servicios IVE de diez departamentos del país, en el periodo 2013- 2017. Los principales problemas que se detectaron en la ruta legal de IVE fueron derivados del estigma: falta de información sobre los servicios, objeción de conciencia (ver y qué tipo de razones son las que puede esgrimir para abortar” (Couto, López Gómez y Micol, 2017), falta de profesionales y servicios que no funcionan todos los días. Esto se debe a la falta de conocimiento de la ley y de los servicios, al temor a la sanción y a que no se respete la confidencialidad, a la falta de equipo de aborto en el lugar de residencia, al déficit de profesionales para el funcionamiento de los servicios, a la objeción de conciencia y al bajo control post aborto (MYSU, 2017).

El estigma como sanción moral sigue dando resultado tanto en las mujeres que lo practican como en los proveedores de este servicio. En los departamentos y localidades con altos porcentajes de médicos objetores de conciencia, las consecuencias del estigma son aún más significativas, obstaculizando la accesibilidad y el funcionamiento de los servicios legales. Dando lugar a situaciones que vulneran y violentan los derechos amparados por la normativa vigente.

La interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay consiste en un complejo procedimiento que amenaza en todas sus etapas la capacidad de las mujeres de decidir libremente. Esto se hace visible en las disposiciones legales establecidas, que implican días de reflexión obligatorios y diversas consultas que cuestionan la intención

de la mujer. La usuaria debe justificar al médico las razones por las que decide interrumpir el embarazo, las cuales están preestablecidas con el fin de alegar algún tipo de carencia que demuestre que no le es posible continuar con el embarazo, no dando lugar a la falta de deseo ni la oportunidad de una planificación familiar. A esto se le suma la poca accesibilidad a información confiable, un uso exacerbado de la objeción de conciencia y tratos discriminatorios por parte de los trabajadores de las instituciones de salud.

3.4.1 Mapa N°1 : Niveles de objeción de conciencia en Uruguay



Fuente: MYSU, 2017, p. 10.

3.5 Situación de Soriano

Soriano es uno de los diecinueve departamentos del Uruguay. Está ubicado en el litoral oeste del país, y según los datos del último censo cuenta con una población total de 82. 594 habitantes. Casi la mitad de su población (41.974) reside en Mercedes, la capital departamental.

Siguiendo los datos presentados MYSU (2015), nueve de los once profesionales que se desempeñan en el departamento de Soriano son objetores de

conciencia. Los dos profesionales no objetores se encuentran en las ciudades de Cardona y Dolores. Es importante considerar que la ciudad de Mercedes, queda sin acceso a los servicios de IVE. Por lo tanto, las usuarias de esta ciudad necesariamente deben trasladarse a otra localidad en caso de que decidan interrumpir un embarazo.

La objeción de conciencia es un recurso jurídico que pueden utilizar los médicos ginecólogos para no participar del IVE 3 (el aborto propiamente dicho), pero no los exime de brindar atención pre y post aborto. La ley sólo habilita a los ginecólogos, que son quienes proveen el aborto a invocar este recurso. Sin embargo, “en este departamento se ha identificado además otro problema y es que profesionales de la psicología han alegado objetar conciencia” (MYSU, 2015).

La situación de Soriano es preocupante, según los datos relevados por MYSU, no sólo se constata un déficit en el IVE 3 con la objeción de conciencia del 82% de los médicos ginecólogos, sino que además los equipos interdisciplinarios encargados de brindar asesoramiento, orientación y atención post-aborto, presentan dificultades para cumplir sus funciones y para preservar la confidencialidad de las consultas.

Se relatan faltas de apoyo hacia el equipo actuante por parte del resto de la institucionalidad y del funcionariado, así como la falta de sensibilización y capacitación al personal que debe intervenir en todo el procedimiento. Por ejemplo, los profesionales dicen tener que encargarse de entregar personalmente los medicamentos a las usuarias para que ellas no sufran episodios de discriminación o violencia institucional. (MYSU, 2014, p. 64)

A través de los estudios realizados por MYSU, es posible afirmar que el estigma asociado al aborto actúa como una importante barrera que impide el correcto funcionamiento de los servicios de IVE en el departamento de Soriano.

3.5.1 El caso de la ciudad de Mercedes (Soriano, Uruguay)

A continuación se expone un caso de carácter público, que tuvo lugar en la ciudad de Mercedes (capital departamental de Soriano), en el que una jueza buscó impedir que una mujer efectivizara su decisión de interrumpir su embarazo, aun

cumpliendo con los requisitos legales. Para la elaboración de este apartado se realizó una búsqueda de prensa nacional escrita en el período de visibilidad pública del caso.

En febrero de 2017, una jueza de la ciudad mencionada, Dra. Concepción Book, ordenó suspender un proceso de interrupción voluntaria del embarazo debido a un recurso de amparo y un recurso para declarar inconstitucional la Ley N° 18.987 que presentó ante la justicia el progenitor del embarazo, quien se oponía a la decisión de la mujer. El demandante expresaba insistentemente estar dispuesto a hacerse cargo de su hijo, económicamente y afectivamente, a partir de la concepción, independientemente de que la mujer estuviera dispuesta a asumir la maternidad.

Luego de estudiar las pruebas presentadas, la jueza determinó que la mujer no había cumplido con los aspectos formales previstos en el artículo 3° que establece la Ley para que el procedimiento del aborto sea legal. Sin embargo, este artículo indica que la mujer debe informar al médico las razones que la llevaron a tomar la decisión de no continuar con su embarazo. Estas razones pueden ser sociales, económicas, familiares o etarias" (SIPSE, 2017, 24 de febrero). A su vez, la Jueza argumentó que el embrión es sujeto de derechos y se le asignó un abogado de oficio al feto y permitió que este representante legal interrogue a la mujer sobre los motivos que la llevaban a buscar el aborto. (La Diaria, 2017, febrero 27). En la sentencia la jueza afirma que:

No cabe duda que (la mujer) tiene derecho a decidir sobre su capacidad o autonomía reproductiva, como planear su familia, a estar libre de interferencias al tomar esas decisiones. Y todos esos derechos pueden ser ejercidos en plenitud antes del embarazo, al tener la mujer a su disposición cada vez con mayor amplitud, información sobre prevención del embarazo, utilización de métodos anticonceptivos, planificación familiar y ejercicio de una sexualidad responsable.

Una vez producido el embarazo la situación es otra porque al haber un ser humano nuevo con derechos inherentes a su condición de tal protegidos legalmente, la decisión de interrumpir el embarazo no atañe solo a su cuerpo sino que realmente también afecta a otro ser humano, con vida, la vida que tutela en sus principios generales la misma Ley 18.987. (La Red 21, 2017, febrero 23)

Aportando a este debate, resulta trascendente introducir el enfoque de diferentes autores comprometidos con el tema, quienes señalan que en la perspectiva

de la Jueza Book la mujer es una sujeta omitida, a quien solo se la menciona para señalar de qué manera debe vivir su sexualidad, explicitando cómo debe proceder y cómo debe protegerse (Couto, López Gómez y Micol, 2017).

Tras el escarnio público, y luego de varios días de debate y controversias, la joven apareció por primera vez en los medios, de espaldas a la cámara, expresando que se sentía “ultrajada” y dando a conocer, sin más alternativas, los motivos que respaldaban su decisión. El discurso reflejaba su enojo, disconformidad con lo sucedido y angustia al sentir que no podía decidir sobre su vida y su cuerpo, a pesar de las normativas vigentes en el país. Su representante legal apeló el fallo de la jueza, no obstante el tribunal de apelaciones clausuró el recurso de amparo, entendiendo que éste no era necesario, ya que la mujer tuvo un aborto espontáneo, causado por el alto nivel de estrés producido por el maltrato y la exposición pública a la que estaba siendo sometida.

Este caso reabrió en la sociedad uruguaya el debate en torno al aborto, habilitando a un conjunto sinérgico de actores sociales a oponerse y debatir públicamente sobre el caso en cuestión. La jueza dejó entrever claramente su posicionamiento moral, político y religioso, mostrándose en desacuerdo con el contenido de la Ley y el lugar que ocupa el progenitor en ella. Propasando además otros derechos, como el de confidencialidad, al examinar su historia clínica para verificar si se siguieron correctamente todos los pasos. De la misma manera quedaron cuestionados con su proceder, sus principios y su ética profesional.

Es por ello que resulta de suma importancia, que los servicios de salud respeten y protejan la confidencialidad de las mujeres que consultan y/o hacen uso de los servicios de IVE, sobre todo para evitar las consecuencias del estigma social asociado a esta práctica. Esta sentencia no solo cuestionó y expuso públicamente las decisiones reproductivas de esta mujer, sino que además omitió sus derechos y su capacidad de decisión, dañando su identidad social en múltiples aspectos. Este suceso no considero la autonomía de la mujer sobre su cuerpo, ignorando las consecuencias emocionales, sociales y éticas que se originan con la continuación de un embarazo que no se desea o no se puede asumir. En este sentido la mujer es percibida como un simple medio de gestación, sin más alternativa que asumir una maternidad forzada. Esto no solo evidencia un avasallamiento a los derechos de una

mujer, sino que además muestra un total desconocimiento de los complejos procesos implicados en la gestación y en la maternidad (Couto, López Gómez y Micol, 2017).

La situación vivida por la mujer de la ciudad de Mercedes es sumamente grave y no debe tomarse como un caso aislado. El caso fue polémico debido a que, pese a la despenalización del aborto, la justicia ordenó suspender el proceso. Dadas las características complejas del tema, el poco tiempo de implementación de la Ley y el amplio espectro de posicionamientos subjetivos de los profesionales involucrados, no es poco frecuente encontrarse con situaciones similares en otras localidades del país. “Existe un desfase entre la puesta en marcha de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en el SNIS y el avance social y cultural respecto al reconocimiento y legitimidad de esta práctica.” (Couto et al., 2017). Este caso da cuenta claramente de que a pesar de los cambios y avances legales que rigen en el país, la estigmatización de esta práctica sigue presente y opera generando obstáculos que dificultan el acceso a los servicios y que deslegitiman a todos los involucrados en el proceso.

Couto, López Gomez y Micol (2017) sostienen que:

El estigma del aborto tiene causas profundas, sí, pero también es construido y reconstruido socialmente. Se refuerza el estigma cuando no hay médicos en todo el Departamento de Soriano que estén dispuestos a atender a mujeres en situación de aborto voluntario, se refuerza con fallos restrictivos como los del Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA), se reproduce a partir de situaciones judiciales como ésta, se mantiene in-modificado a partir de declaraciones de autoridades religiosas o de representantes políticos que juzgan a las mujeres, se perpetúa cuando la ley tutela a las mujeres y no las considera capaces de decidir, obligando a cinco días de reflexión para que confirmen su decisión. (s/p)

En este momento histórico fermental en que nos encontramos, donde legal e institucionalmente contamos con numerosas garantías que posibilitan la libre decisión de las mujeres respecto a la vida sexual y reproductiva, la voz de la academia resulta pertinente y sumamente valiosa para seguir avanzando hacia el camino de empoderamiento de las mismas.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

A través de la revisión bibliográfica realizada y partiendo de los conceptos trabajados por los autores elegidos, es posible analizar y reflexionar un tema de gran relevancia social como lo es la interrupción voluntaria del embarazo y el estigma asociado a ésta.

Los conceptos expuestos en el transcurso de la monografía fueron seleccionados con la intención de pensar la realidad de nuestro país desde un enfoque de derechos y de género que permita un análisis complejo y profundo de la temática, habilitando de esta manera un flujo de información que inste al cuestionamiento la apertura de los modos de subjetivación hegemónicos relacionados con la maternidad y el aborto.

En la primera parte del texto se presentó una conceptualización del proceso de estigmatización, recorrido que nos permite comprender cómo opera este fenómeno asociado al aborto. El aborto es una problemática social sujeta al devenir constante de sus múltiples atravesamientos, y por lo tanto no se pretende llegar a conclusiones definitivas, sino más bien a abrir nuevos caminos desde una postura ética que conduzcan a la promoción de una atención holística, integral y desprejuiciada en las instituciones de salud.

Comprender el aborto como un problema social y una decisión personal permite repensar la visión patriarcal dominante que erige a la maternidad como destino para todas las mujeres. Entender la maternidad como una elección es el punto de partida para lograr una mirada más integradora en temas de salud sexual y reproductiva.

Tal como sostiene Lamas (2001), es necesario deconstruir la simbolización de la reproducción como hecho natural o divino, tan ligado al pensamiento religioso y tan lejano de aspiraciones libertarias y democráticas. En este sentido, es fundamental buscar estrategias que permitan resignificar el aborto, la maternidad, y el rol que estas significaciones tienen en el funcionamiento social.

La interrupción voluntaria del embarazo representa un tema de gran relevancia a nivel mundial, el cual genera fuertes controversias a nivel social y político. Este suceso no distingue posición social, ni raza, ni nacionalidad. No obstante, la accesibilidad a procedimientos seguros si está sujeta a posicionamientos y status sociales. Esta característica lo vuelve un tema de suma importancia en la agenda de investigación en salud y género de nuestro país y a nivel regional.

Las cifras registradas en las estadísticas disponibles, demuestran que cuando hablamos de aborto voluntario no hablamos de un acontecimiento poco frecuente, sino de un suceso invisibilizado por el estigma.

Además resulta oportuno remarcar que su despenalización/legalización no se relaciona con tasas de aborto más altas, ni que tampoco las leyes restrictivas disminuyen el número de abortos inducidos, sino que la evidencia disponible muestra que propician la exposición a procedimientos clandestinos carentes de todo tipo de seguridad. La despenalización no alcanza para garantizar el acceso al derecho a un aborto seguro. Los servicios legales frecuentemente se ven obstaculizados como resultado de consecuencias derivadas del estigma.

Es por ello que resulta indispensable trabajar de forma inmediata para revertir la escasa calidad de atención de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en nuestro país. Es necesario comenzar a trabajar desde un enfoque ético y empático, que integre la dimensión subjetiva en lo que respecta a embarazos no deseados. En este punto es importante destacar la importancia de fomentar la humanización de la asistencia sanitaria por parte de todo el personal de la salud involucrado (médicos, ecografistas, enfermeros, etc.).

El contexto de legalidad en nuestro país habilita a la Psicología a involucrarse más activamente, en la medida que la propia ley define que los equipos interdisciplinarios que atienden IVE deben estar integrados por profesionales de la salud mental (psicólogos o psiquiatras) junto con médicos y trabajadores sociales. A su vez, la reforma en el sistema de salud y la creación del SNIS ha promovido cambios en la manera de trabajar de los/as profesionales. La conformación de equipos de salud interdisciplinarios con la integración de psicólogos es una oportunidad y un avance, ya

que posiciona a la Psicología en un lugar más influyente y con mayor responsabilidad junto a las demás disciplinas de la salud.

Reconociendo la importancia de un acompañamiento profesional respetuoso y un trato humanitario, que no busque imponer ni influir en las decisiones reproductivas de las mujeres, hace falta pensar nuevas estrategias desde las cuales abordar el estigma asociado a la práctica del aborto, el cual produce consecuencias severas en los servicios de salud, en los proveedores y, principalmente, en la salud (física y emocional) de las mujeres que viven esta experiencia. Un paso insoslayable es continuar trabajando en la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva mediante herramientas que fomenten la planificación familiar, el autocuidado y el respeto. Para ello es importante comprender que para trabajar desde una concepción integral es necesario tener en cuenta los aspectos físicos, psicológicos y sociales, así como el contexto en el cual nacen y viven las personas. A su vez, resulta trascendental asumir el compromiso de velar por el respeto de todas las usuarias como sujetos de derecho, garantizándoles la debida seguridad y protección desde el comienzo del proceso IVE.

Nuestra intervención orientada a dar apoyo psicológico a la usuaria tendrá múltiples aristas desde las cuales trabajar, lo que habilita diferentes posibilidades y niveles de intervención del psicólogo/a. Resulta imprescindible tratar de aportar un enfoque nuevo desde la Psicología que contribuya a garantizar la libertad de decidir, generando espacios de acompañamiento y escucha respetuosa para transitar luego la experiencia. Estos espacios deben buscar tomar conocimiento de las necesidades reales de cada mujer, considerando la particularidad y singularidad de cada situación, según lo que ella exprese y teniendo en cuenta además cómo actúa su entorno y cuál es su realidad. Es oportuno trabajar en el fortalecimiento de los recursos personales para afrontar los acontecimientos estresantes, así como potenciar la autoestima y permitir que expresen sus temores y ansiedad.

Se espera que las reflexiones de este trabajo contribuyan a la construcción de pensamiento crítico y auto crítico que posibilite la creación de nuevas herramientas desde la Psicología que contribuyan a enfrentar y revertir el peso del estigma asociado

al aborto tanto en las experiencias de las mujeres que viven estas situaciones así como del personal de salud que las asiste.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrams, P. (2015). The Bad Mother: Stigma, Abortion and Surrogacy. *The Journal Of Law, Medicine & Ethics: A Journal Of The American Society Of Law, Medicine & Ethics*, 43(2), 179-191. doi:10.1111/jlme.12231

Carril, E y López, A. (2008). *Entre el alivio y el dolor: mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Montevideo: Trilce

_____ (2010). Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 1(2) Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/40/11>

Cockrill, K., & Nack, A. (2013). "I'm Not That Type of Person": Managing the Stigma of Having an Abortion. *Deviant Behavior*, 34(12), 973-990. doi:10.1080/01639625.2013.800423

Correa, S. (2003). *Los Derechos Sexuales y Reproductivos en la arena política*. Montevideo: MYSU

Couto, M., López Gómez, A. y Micol, R. (2017, marzo, 10). Una vez más...el derecho a las mujeres a decidir en cuestión. Recuperado de: <https://www.hemisferioizquierdo.uy/single-post/2017/03/10/Una-vez-m%C3%A1s-el-derecho-de-las-mujeres-a-decidir-en-cuesti%C3%B3n>

Diario La Diaria. (27 de febrero, 2017). "Concepción errónea". Recuperado de: <https://ladiaria.com.uy/articulo/2017/2/concepcion-erronea/>

Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu

Instituto Nacional de Estadística, (INE). (2011). Recuperado de <http://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>

Lamas, M. (2001). *Política y reproducción: aborto, la frontera del derecho a decidir*. Barcelona: Plaza & Janés.

Lamas, M. (2003). Aborto, derecho y religión en el siglo XXI. *Debate feminista*, 14(27), 1-13. Recuperado de: <http://www.mujiresenred.net/spip.php?article1293>

Lamas, M. (2014). Entre el estigma y la ley: La interrupción legal del embarazo en el DF. *Salud Pública de México*, 56(1), 56-62. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000100008&lng=es&tlng=es.

Laza Vásquez, C. y Castiblanco Montañez, R. (2013). Experiencias y opiniones de los profesionales de la salud frente a la despenalización del aborto. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 939-949. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500012&lng=es&tlng=es.

LeTourneau, K. (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 (inroads). Chapel Hill, NC: INROADS.

Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. Recuperado de: http://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.soc.27.1.363#_i2

López Gómez, A., Benia, W., Contera, M. y Guida, C. (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque de la Salud Reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Montevideo: Facultad de Psicología. UDELAR; Fundación Mexicana para la Salud.

López Gómez, A. y Carril, E. (2010). Aborto en Uruguay: Reacciones de los profesionales de la salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres.

En R. Castro y A. López (Eds). Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina 27- 48. Montevideo. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República. Uruguay.

López Gómez, A., Arribeltz, G., Alemán, A., Carril, E. y Rey, G. (2011). La realidad social y sanitaria del aborto voluntario en la clandestinidad y la respuesta institucional del sector salud en Uruguay. En Johnson, N., López Gómez, A., Sapriza, G., Castro, A. y Arribeltz, G. (2011). (Des) penalización del aborto en Uruguay. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja. CSIC, UDELAR. Colección Artículo 2, 65-110. Uruguay.

López Gómez, A. (2016). Tensiones entre lo (i)legal y lo (i)legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto. *Salud Colectiva*, 12(1), 23-39. Recuperado de: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652016000100023

López Gómez, A. y Couto, M. (2017). Profesionales de la salud, resistencia y el cambio en la atención a mujeres que deciden abortar en Uruguay. *Descentrada*, 1(2), e021. Recuperado de: <http://www.descentrada.fahce.unlp.edu.ar/article/view/DESe021>

López Gómez, A., Couto, M., Piriz, G., Abracinskas, L. y Ituarte, L. (2017). Servicios legales de interrupción voluntaria del embarazo en Uruguay. Estrategias de los servicios públicos del primer nivel de atención. *Salud Pública de México*. 59, 1-6. Recuperado de: https://www.academia.edu/34217834/Servicios_legales_de_interrupción_voluntaria_del_embarazo_en_Uruguay._Estrategias_desde_el_primer_nivel_de_atención

Martin, L. A., Debbink, M., Hassinger, J., Youatt, E., & Harris, L. H. (2014). Original research article: Abortion providers, stigma and professional quality of life. *Contraception*, 90581-587.

Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464. PONENCIA: Licenciado Eduardo L. Menéndez. Maestro en Salud Pública. Licenciado en Ciencias Antropológicas, Profesor e Investigador del Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CESAS): México.

Miric, M. (2003). Estigma y discriminación: Vinculación y demarcación, *Paradigmas*. 1(2), 83-97. Recuperado de: https://reflexionesdecoloniales.files.wordpress.com/2014/08/m-miric_estigma_disciminacion.pdf

Mujer y Salud en Uruguay (MYSU). (2015). Estado de situación y desafíos en aborto y salud sexual y reproductiva en los departamentos de Paysandú, Río Negro y Soriano. Recuperado de: <https://issuu.com/mujerysaludenuruguay/docs/2015-informe-litoral->

_____ (2017). Servicios legales de aborto en Uruguay. Logros y desafíos de su funcionamiento. Recuperado de: https://issuu.com/mujerysaludenuruguay/docs/folleto_20obs_10-19_web

_____ (2017). Los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto legal. Monitoreo 2013- 2017. Sistematización de los resultados de 10 de los 19 departamentos del país. Recuperado de: https://issuu.com/mujerysaludenuruguay/docs/informe_observatorio_2017_10de19_we

Organización Mundial de la Salud, (OMS). (1995). Complicaciones del aborto. Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. Ginebra, OMS. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36997/1/9243544691_spa.pdf

OMS & Guttmacher Institute (28 de setiembre, 2017). Comunicado: En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/unsafe-abortion-worldwide/es/>

O'Rourke, A. (2016). The discourse of abortion law debate in Australia: Caring mother or mother of convenience. *Women's Studies International Forum*, 37- 44. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/journal/02775395/56/supp/C>

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.aed.). Madrid, España: Autor.

Servicios Informativos y Publicitarios del Sureste (SIPSE) (24 de febrero, 2017). "Ella quería abortar, pero él le dijo: "me lo das, yo lo crío". Recuperado de: <https://sipse.com/mundo/aborto-uruguay-ley-suspension-embarazo-crianza-244087.html>

Silva, M. (2014). Lo que cuentan las mujeres: Vivencias y trayectorias terapéuticas de usuarias de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Montevideo, Cerro Largo y Paysandú. Uruguay. En Silva, M. (coord.) Montevideo, Médicos del Mundo, Francia.

Uruguay, Ministerio de Salud Pública (2004). Ordenanza N°369/004. Medidas para la prevención del aborto provocado en condiciones de riesgo. Montevideo.

Uruguay, Poder Legislativo (1938). Ley N° 9763. Recuperado de:
http://www.chasque.net/frontpage/comision/dossieraborto/cap6_1.htm

Uruguay, Poder Legislativo (2007). Ley N° 18211 “Sistema nacional integrado de salud”. Recuperado de:
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1856634.htm>

Uruguay, Poder Legislativo (2008). Ley N° 18426 “Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”. Recuperado de:
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5026675.htm>

Uruguay, Poder Legislativo (2012). Ley N° 18.987 “Interrupción Voluntaria del Embarazo”. Recuperado de:
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9163931.htm>

Vivas, M., Valencia, S. y González, C. (2016). El estigma en la prestación de servicios de aborto: características y consecuencias. Hacia la protección de los profesionales de la salud. Colombia: Grupo Médico por el Derecho a Decidir.

Zamberlin, N. (2015). Estigma y Aborto. En Ramos, S. (Comp.). 2015. *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. (pp:173- 190.) Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES.