

Dispositivos de poder y control: estigma, aborto e interseccionalidad en la salud pública venezolana

Guillermina Soria

soriaguillermina@gmail.com

Doctoranda en Ciencias Sociales, Magíster en Estudios de la Mujer y docente de la Maestría de Estudios de la Mujer (UCV). Actualmente Especialista en Género en FAO Venezuela, tras desempeñarse como coordinadora en UNFPA.

<https://orcid.org/0009-0003-7412-715>

Resumen

En Venezuela, la atención postaborto opera bajo una tensión institucional: las normativas sanitarias de cuidado coexisten con un marco penal restrictivo y rutinas marcadas por la precariedad y la vigilancia. Desde una perspectiva feminista interseccional, este artículo analiza la configuración del Estigma Relacionado al Aborto (ERA) en las narrativas del personal de salud de hospitales públicos de Caracas (2020-2025). A partir de una investigación cualitativa en curso, se identifican patrones de moralización, gubernamentalización del cuidado y estigma ocupacional. Los hallazgos sugieren que estas intersecciones reordenan la práctica clínica, convirtiendo el cuerpo de las mujeres en objeto de disputa entre la tutela médica y el control punitivo.

PALABRAS CLAVE: estigma relacionado al aborto; atención postaborto; interseccionalidad; violencia obstétrica

Abstract

In Venezuela, post-abortion care operates within an institutional tension: healthcare mandates coexist with restrictive criminal laws and hospital routines shaped by scarcity and surveillance. From an intersectional feminist perspective, this article analyzes the configuration of Abortion-Related Stigma (ARS) in the narratives of health providers in public hospitals in Caracas (2020-2025). Based on ongoing qualitative research, we identify patterns of moralization, the governmentalization of care, and occupational stigma. Findings suggest that these intersections reshape clinical practice, turning women's bodies into a contested site between medical guardianship and punitive control.

KEYWORDS: abortion-related stigma; post-abortion care; intersectionality; obstetric violence

1. Introducción

La República Bolivariana de Venezuela posee uno de los marcos jurídicos más restrictivos de la región en materia de derechos sexuales y reproductivos. Según el artículo 433 del Código Penal, la interrupción voluntaria del embarazo es punible, estableciendo como única excepción la intervención indispensable para salvar la vida de la mujer (Gaceta Oficial N° 5.768, 2005). No obstante, esta restricción penal convive con mandatos sanitarios de protección: la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2013) establece explícitamente que el aborto inseguro es una causa principal de mortalidad materna y obliga al Estado a garantizar trato humanizado, tratamiento médico post-aborto, anticoncepción y psicoterapia de apoyo.

Pese a esta garantía normativa, la atención se ve obstaculizada por el Estigma Relacionado al Aborto (ERA). En América Latina, el estigma ha sido descrito como un dispositivo que regula la sexualidad y la maternidad. Como precisa Nina Zamberlin (2015: 88): “El estigma es una herramienta clave del control social sobre las mujeres y sus decisiones reproductivas”. Este control no es estático; alcanza también a quienes proveen el servicio, generando lo que Raquel Drovetta (2018: 15) denomina un estigma por asociación que convierte el cuidado en un territorio de temor y distanciamiento emocional.

En el contexto venezolano, este fenómeno se complejiza por la confluencia de tres vectores. Primero, la tutela estatal sobre el cuerpo de las mujeres, que impregna el discurso jurídico, tal como señala Magdymar León (2012: 169). Segundo, la precarización estructural del sistema sanitario, marcada por la escasez y la sobrecarga. Y tercero, la circulación de prácticas de vigilancia y amenaza de denuncia dentro del hospital. En este escenario, el ERA deviene en una gramática institucional que organiza el trato, define prioridades y produce “cuerpos sospechosos”.

Analizar esta dinámica requiere un lente interseccional, pues como advierte Kimberlé Crenshaw (1989: 140), la experiencia de opresión es cualitativamente distinta a la suma de sus partes. Trasladado a la clínica, implica observar cómo se encadenan género, clase y jerarquías morales cuando ocurre el evento obstétrico. Con base en lo anterior, este artículo presenta hallazgos preliminares de una investigación en curso sobre el ERA en hospitales públicos de Caracas. El objetivo es describir los patrones emergentes de estigmatización en el personal de salud y discutir sus implicaciones para la garantía del cuidado respetuoso y la prevención de la violencia obstétrica.

2. Marco conceptual: estigma, aborto e interseccionalidad

Para situar el análisis del fenómeno en el ámbito de atención obstétrica, resulta necesario partir de la definición clásica de Erving Goffman, quien concibe el estigma como un atributo “profundamente desacreditador” que reduce al sujeto “a una persona disminuida y manchada” (Erving Goffman, 2008: 12). Este planteamiento ofrece claves analíticas fundamentales si desplazamos el foco desde el atributo individual hacia la relación social: estigmatizar implica clasificar, separar y justificar tratos diferenciales en un campo atravesado por el poder. En salud, por tanto, el estigma no constituye simplemente una etiqueta simbólica; opera como un dispositivo de control que se encarna en la mirada clínica, el trato verbal, la gestión discrecional de la espera y la denegación de cuidados paliativos o soporte emocional.

En esta línea, Bruce Link y Jo Phelan insisten en que la estigmatización requiere del poder para traducirse en pérdidas reales. En sus términos: “La estigmatización depende del acceso al poder que permite ejecutar rechazo, exclusión y discriminación” (Bruce Link y Jo Phelan, 2001: 367). En el entorno hospitalario, ese poder se materializa en las jerarquías profesionales, el control de recursos escasos y la capacidad de activar reportes institucionales o construir versiones “legítimas” de lo ocurrido con un cuerpo.

58 |

Específicamente en relación con la interrupción del embarazo, Anuradha Kumar, Leila Hessini y Ellen Mitchell proponen comprender el estigma como un atributo negativo asignado tanto a quienes abortan como a quienes se vinculan con la práctica, enmarcado en expectativas normativas sobre la feminidad. Lo sintetizan así: “El estigma del aborto es un atributo negativo adscrito a las mujeres que buscan interrumpir un embarazo... que las marca... como inferiores a los ideales de la feminidad” (Anuradha Kumar, Leila Hessini y Ellen Mitchell, 2009: 628). Así, el ERA opera como frontera moral: define lo aceptable y lo desviado en torno a la sexualidad, la reproducción y la noción de ‘buena mujer’.

Dos consecuencias de este estigma resultan especialmente relevantes para este estudio. La primera es su impacto en la provisión de servicios: “El estigma puede desincentivar al personal de salud a brindar atención por temor a represalias institucionales o sociales” (Enit Vivas, Carlos Valencia y Ana Cristina González Vélez, 2016: 27). La segunda es su dimensión ocupacional y relacional: el estigma puede alcanzar a quienes acompañan o atienden (Raquel Drovetta, 2018: 15), produciendo una economía del silencio, la evitación y la autovigilancia.

Esta red de silencios no opera en el vacío; se sustenta en una estructura simbólica que diversos estudios han buscado medir a través de dimensiones culturales y comunitarias. Un referente clave es el desarrollo de la escala CLASS en México; al respecto, Annik Sorhaindo et al. señalan que “la escala CLASS permite capturar las dimensiones

culturales del estigma en contextos comunitarios” (Annik Sorhaindo et al., 2016: 426). Esta perspectiva es crucial para comprender que el fenómeno no se limita a la interacción individual en la institución sanitaria, sino que se nutre de un clima social que preconfigura las narrativas y decisiones técnicas dentro del hospital.

Dichas dinámicas se potencian cuando el estigma se experimenta como amenaza anticipada. Diane Quinn y Stephenie Chaudoir demuestran que “las identidades ocultas pueden generar altos niveles de angustia psicológica debido a la anticipación del estigma” (Diane Quinn y Stephenie Chaudoir, 2009: 638). En el hospital, este aporte permite teorizar el estigma ocupacional: el temor a quedar asociado al aborto —ya sea al atender, registrar o acompañar— puede organizar conductas clínicas y administrativas defensivas en contextos de criminalización.

En este contexto, la interseccionalidad no constituye una mera suma de categorías sociales, sino un marco epistémico y político esencial para desentrañar la matriz de la desigualdad. Como sostiene Kimberlé Crenshaw (1989: 140), este enfoque permite visibilizar cómo las estructuras de poder interactúan para crear obstáculos cualitativamente distintos a la suma de discriminaciones aisladas. En el ámbito sanitario, estas interacciones configuran experiencias complejas de privilegio y desventaja.

Para el contexto latinoamericano, Mara Viveros Vigoya (2016: 12) propone una lectura donde las jerarquías de género, clase y raza se refuerzan mutuamente dentro de las instituciones. En Venezuela, esta asociación se entrelaza con jerarquías profesionales y con un marco penal que convierte al aborto en un evento altamente vigilable. Asimismo, la dimensión moral resulta determinante; como plantea Andrea Orihuela Cortés (2023: 55), “las creencias tradicionales y la religiosidad son predictores importantes del estigma hacia mujeres que abortan”. Desde esta mirada, la interseccionalidad permite revelar cómo el sistema público de salud puede actuar como un sistema de dominación interconectado.

Comprender el sistema de salud como un entramado de dominaciones interconectadas exige una arquitectura metodológica capaz de captar la sutileza de estas operaciones. No basta con describir el estigma; es necesario documentar cómo se encarna en la cotidianeidad de los servicios. Por ello, esta investigación apuesta por adentrarse en la complejidad de las interacciones humanas y los sentidos que las sustentan.

3. Ruta metodológica

Comprender el sistema de salud como un entramado de dominaciones interconectadas exige una arquitectura metodológica capaz de captar la sutileza de estas operaciones. Por ello, se presenta un recorte de una investigación cualitativa, situada

en una perspectiva feminista constructivista y orientada por el paradigma interpretativo (Irene Vasilachis de Gialdino, 2006). La indagación asume que el ERA se produce en relaciones de poder y lenguajes institucionales; en consecuencia, más que identificar actitudes aisladas, la propuesta reconstruye los sentidos y prácticas concretas de atención. En coherencia con la mirada interseccional, se examina cómo las marcas de clase, edad y procedencia reordenan los criterios de merecimiento y prioridad en el circuito postaborto.

El trabajo de campo se focalizó en personal de salud vinculado a la atención gineco-obstétrica en hospitales públicos de Caracas. La estrategia de muestreo fue intencional, buscando variación teórica más que representatividad estadística (Roberto Hernández Sampieri et al., 2014), priorizando perfiles en distintas posiciones jerárquicas: especialistas, residentes, anestesiología y personal directivo. Este artículo presenta un corte preliminar basado en seis entrevistas, por lo que los hallazgos deben leerse como patrones emergentes sujetos a contraste con la ampliación progresiva del corpus.

La técnica principal de recolección fue la entrevista semiestructurada en modalidad remota. Esta decisión responde a criterios éticos y metodológicos: por un lado, facilita el acceso a un fenómeno donde la observación directa es compleja o éticamente inviable (Roberto Hernández Sampieri et al., 2014: 405); por otro, funcionó como una condición de cuidado que reforzó la confidencialidad, permitiendo captar voces que, en un entorno de vigilancia y penalización, podrían optar por el silencio.

El instrumento se organizó en ejes orientados a indagar representaciones y prácticas: (1) trayectorias y rutinas de atención postaborto; (2) marcos de interpretación y dilemas en contextos de precariedad; y (3) lecturas interseccionales de los tratos diferenciados. El material fue procesado mediante análisis de contenido cualitativo con una estrategia híbrida, articulando categorías deductivas —estigma, moralización, desigualdad— con categorías emergentes como la judicialización y el estigma ocupacional. El proceso sostuvo un movimiento iterativo entre teoría y empiria, propio de la flexibilidad del diseño cualitativo (Irene Vasilachis de Gialdino, 2019).

En términos éticos, se garantiza el anonimato mediante códigos y la supresión de marcas de rastreabilidad institucional. El estudio se rige por el principio de no maleficencia, considerando la asimetría de poder del campo hospitalario; por tanto, el análisis incorpora una reflexividad constante sobre cómo el clima penal puede producir discursos defensivos o autocensura.

4. Hallazgos preliminares

El análisis del corpus revela que el estigma relacionado al aborto (ERA) no opera como una opinión individual aislada, sino como una constelación de prácticas y lenguajes que estructuran la atención cotidiana. A continuación, se presentan los hallazgos organizados en cuatro ejes analíticos emergentes: la normalización de la violencia obstétrica, el régimen de vigilancia institucional, la economía moral del merecimiento y la apropiación clínica del cuerpo.

4.1. Violencia obstétrica como repertorio normalizado

Las narrativas evidencian un repertorio de interacciones que funcionan como castigo moral y que, por su repetición, se han sedimentado como el “sentido común” del servicio. Se trata de expresiones que reponen la culpa y transforman la escena clínica en una instancia disciplinaria. En la Entrevista 4, se describe como “típico” el uso de frases que convierten el dolor físico en sanción moral: “si cuando lo estabas haciendo no te dolía, no te quejes ahora”. Esta lógica se refuerza con interpelaciones desde la sospecha, tal como relata la Entrevista 7: “te colocaste algo, seguro hiciste algo... no importa, igual hay que hacerte un legrado porque si no te vas a morir”.

Este componente discursivo tiene un correlato procedimental: cuando se presume un aborto inducido, el cuerpo pierde densidad de cuidado y se vuelve objeto de intervenciones más agresivas. “En el consultorio, el espéculo es más brusco, el examen físico es más brusco” (Entrevista 4). Asimismo, la humillación circula en registros informales, como bromas o comentarios de pasillo que banalizan el sufrimiento: “se reían también las internas y decía ‘Eso fue rico’, y yo ‘coño, o sea’” (Entrevista 3). Así, la violencia obstétrica no se agota en malos tratos esporádicos, sino que opera como una tecnología de disciplinamiento que traza una frontera entre la usuaria “merecedora” y la “responsable” de su malestar.

4.2. Sanción y vigilancia: la gubernamentalización del cuidado

Más allá de la interacción cara a cara, el estigma está organizado por un régimen de riesgo donde “lo legal” se experimenta como amenaza inminente. En la Entrevista 8, se detalla cómo la atención postaborto activa circuitos de notificación que desbordan lo sanitario: “cuando te toca notificar... ya vienen cosas que no tienen nada que ver con ellos... es un problema legal... casi que se va todo gubernamental”.

Este control no es solo externo; se reproduce como vigilancia intra-hospitalaria. La presencia de terceros convierte el acto médico en una escena denunciante, redistribuyendo la responsabilidad penal hacia el personal de guardia: “cuando examinas una paciente nunca estamos solos... Cualquiera de ellos puede notificarlo. Y si el jefe de la guardia no lo hizo... la sanción [va] para el jefe” (Entrevista 8). Este clima coexiste con

tensiones sobre el registro de la historia clínica, llegando a situaciones donde el hallazgo de medicamentos (como Misoprostol) motiva propuestas policiales directas: “una colega me dijo: ‘a esto hay que llamar a la policía’... ‘tiene Miso adentro metido’” (Entrevista 3). Emerge aquí la “gubernamentalización” del cuidado, donde la atención clínica se fusiona con la gestión defensiva del riesgo administrativo.

4.3. Economía moral de la atención: la disputa por el merecimiento

Los testimonios revelan una empatía diferencial que fluctúa según la “deseabilidad” del embarazo. La Entrevista 8 explicita que la pérdida de un embarazo deseado convoca una sensibilidad protectora: “en un aborto en curso es más fácil que el equipo esté sensibilizado porque es un embarazo que quizás alguien quería”. En contraste, frente a la interrupción voluntaria, se activan juicios de responsabilidad individual: “fue una decisión que ella tomó, es adulta y sabe las consecuencias”.

Esta economía moral se nutre también del registro afectivo del personal, donde el aborto se significa como la pérdida de una vida (“Me duele... me duele una vida”, Entrevista 5), reforzando la matriz conservadora de la atención. Sin embargo, el corpus muestra posiciones complejas de negociación ética. En la Entrevista 2, se expresa la tensión entre convicción personal y salud pública: “estoy en contra para mí... pero de resto prefiero que se hagan un aborto en un hospital”. El estigma, por tanto, opera seleccionando quién merece compasión y quién merece corrección, justificando omisiones en el cuidado.

4.4. Poder clínico y apropiación del cuerpo

Finalmente, el poder médico aparece descrito como una relación de fuerza que habilita la apropiación simbólica del cuerpo de la paciente. La Entrevista 6 lo formula con crudeza: “nos dan ese poder... te sientes... dueño en ese momento de esa paciente... con el poder que se te da tú violentas”.

Frente a esta estructura, emerge un malestar ético en quienes observan la violencia pero se sienten incapaces de frenarla, asumiendo una “complicidad” forzada: “no es fácil ser cómplice de eso... entiendo que no voy a cambiar un c*, pero también intento hacer algo desde mi individualidad”* (Entrevista 2). Algunas narrativas intentan resolver esta tensión desplazando el mandato punitivo fuera del hospital (“el que tiene que juzgar es en fiscalía y no nosotros”, Entrevista 6), aunque la porosidad entre el sistema de salud y el sistema penal hace que esa separación sea, en la práctica, sumamente frágil.

5. Discusión

Los hallazgos preliminares permiten sostener que el estigma relacionado al aborto (ERA) opera como un dispositivo multinivel que se expresa simultáneamente en los planos

moral, institucional y punitivo. En el plano moral, el ERA se articula mediante juicios sobre la “buena” feminidad y la maternidad como destino, donde la “responsabilidad reproductiva” funciona como ideal normativo. Este ideal condensa la obligación de la mujer de prevenir el embarazo, invisibilizando las barreras de acceso: “tuviste las maneras... haber tomado una pastilla del día después... si hay métodos te puedes cuidar” (Entrevista 8).

El juicio moral no se ubica “fuera” del acto clínico, sino que coexiste con la provisión de atención técnica: “hacemos la atención médica, pero... al mismo tiempo la estamos juzgando” (Entrevista 6). Esta coexistencia refuerza la tesis de Bruce Link y Jo Phelan (2001) sobre la estigmatización como un proceso que excede lo simbólico y adquiere eficacia social precisamente cuando se ancla en relaciones de poder asimétricas.

En el plano institucional, las narrativas describen una trama de ausencias formativas, protocolos opacos y condiciones materiales precarias que limitan los márgenes del trato digno. Se reporta la inexistencia de capacitación específica y la delegación de la respuesta a la iniciativa individual (“no existe una capacitación como tal... uno debería tomar la iniciativa”, Entrevista 8), mientras que los protocolos oficiales permanecen como entidades abstractas o burocráticas (“quedan engavetados”, Entrevista 8). Estas condiciones se entrelazan con la precarización del sistema, convirtiendo la espera y el trato degradante en rutinas naturalizadas donde la queja se percibe como fútil (“al no quejarte... entras en la violencia... te estás haciendo cómplice”, Entrevista 5).

| 63

El plano punitivo emerge como el nudo más crítico, marcando el pasaje del control clínico a la coerción estatal. Escenas como la descrita en la Entrevista 6 —“la paciente estaba esposada a la cama... llamaron a la policía... se la llevaron detenida”— evidencian cómo la penalización se inscribe materialmente en la escena obstétrica. No se trata de casos excepcionales, sino de una lógica de vigilancia reforzada por dispositivos institucionales (“El hospital cuenta con un módulo policial”, Entrevista 4) y por estilos profesionales que asumen funciones parapoliciales (“parecían más de la policía que médicos”, Entrevista 3).

La perspectiva interseccional permite comprender que estos patrones no son meras “actitudes individuales”, sino el resultado de la interacción entre criminalización, precariedad sanitaria y mandatos de género. La “responsabilidad reproductiva” deviene así un mecanismo de culpabilización que ignora las desigualdades materiales, tensionando la noción de “decisión” frente a lo que el contexto realmente posibilita. Además, el corpus sugiere un umbral moral-jurídico basado en la edad gestacional, donde el feto avanzado reconfigura la clasificación del evento: “25 semanas por arriba... ya eso para mí no es un aborto” (Entrevista 4).

Finalmente, los datos muestran ambivalencias que abren grietas para la intervención. Coexisten relatos de juicio con prácticas de acompañamiento y esfuerzos por sostener

el trato digno (“mi atención... siempre fue el apoyo a ella... darle mucha calma”, Entrevista 6). Estas tensiones dialogan con lo hallado por María José Miranda Lucas y Dolors Comas d’Argemir (2016) sobre las contradicciones en los discursos profesionales, y con los estudios de Karla Contreras Tinoco (2018) sobre la violencia obstétrica en escenarios de aborto. En el contexto venezolano, la tutela estatal sobre el cuerpo de las mujeres, señalada por Magdymar León (2012), ofrece el marco para entender por qué el ERA se traduce en vigilancia policial dentro del hospital.

En términos de intervención, disputar el ERA exige estrategias integrales: formación crítica del “acto médico” desde etapas tempranas y abordajes que no depositen la carga de la transformación solo en las usuarias (“confrontar al personal de salud con respecto al acto”, Entrevista 2). Asimismo, las propuestas de capacitación en derechos humanos y género aparecen como rutas concretas para desnaturalizar violencias (Entrevista 7), convergiendo con experiencias regionales que identifican el estigma hacia proveedoras como una extensión del control simbólico (Malena Morales Lara, 2023) y con iniciativas globales de reducción de estigma como las impulsadas por Ipas y la IPPF.

6. Conclusiones

A modo de cierre, los hallazgos preliminares de esta investigación permiten afirmar que el Estigma Relacionado al Aborto (ERA) en los hospitales públicos de Caracas trasciende la esfera de la opinión individual para configurarse como una arquitectura de control. Esta estructura convierte la atención postaborto en una frontera móvil entre el cuidado y el castigo, operando a través de dispositivos que se refuerzan mutuamente: la moralización del acto clínico, la vigilancia punitiva y la precarización material.

La evidencia empírica sugiere que el ERA no actúa en el vacío, sino que se ensambla en una matriz interseccional. La clasificación de las pacientes no depende solo del evento obstétrico, sino de cómo este se cruza con marcas de clase y con la “responsabilidad” atribuida en un contexto de escasez de anticonceptivos. Así, la sospecha recae con mayor peso sobre quienes no pueden costear la clandestinidad segura, transformando la precariedad económica en una falta moral y, potencialmente, en un delito judicializable.

Un aporte específico de este estudio es la identificación de la gubernamentalización del cuidado, entendida como la porosidad entre el sistema de salud y el aparato penal. La presencia de fuerzas de seguridad y la amenaza de notificación reordenan la práctica médica, empujando al personal hacia una “autovigilancia” defensiva que degrada el vínculo terapéutico. Asimismo, emerge como hallazgo relevante la administración moral del tiempo gestacional, donde se establecen umbrales arbitrarios para reclasificar el aborto como “muerte fetal”, modificando las disposiciones éticas del equipo de salud.

La continuidad de esta investigación profundizará en cómo varían estas dinámicas según las jerarquías profesionales y los arreglos institucionales de cada centro, indagando específicamente en el papel de la “confesión” y la evidencia corporal como tecnologías de verdad en los abortos espontáneos versus provocados.

Finalmente, este trabajo sostiene que desactivar el ERA en Venezuela no es solo un desafío educativo, sino una urgencia política y material. Mientras el hospital funcione como un espacio de sospecha y el marco legal habilite la coerción, la garantía de derechos sexuales y reproductivos seguirá siendo parcial. Reconstruir la atención pos-aborto exige, por tanto, dismantelar los mecanismos que hoy permiten que el castigo se disfrace de procedimiento médico.

Referencias

- Ahman, E., & Shah, I. (2004). Unsafe abortion: Global and regional estimates of unsafe abortion and associated mortality in 2000. World Health Organization.
- Contreras Tinoco, K. A. (2018). Violencia obstétrica en mujeres asistidas por aborto espontáneo en Guadalajara, México. *MUSAS: Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 3(2), 52–70.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- Drovetta, R. (2018). Profesionales de la salud y el estigma del aborto en Argentina. *Salud Problema*, 12(24), 13–35.
- Faldas-R. (2021). El aborto en Venezuela: Una aproximación teórica. <https://faldas.red/el-aborto-en-venezuela-una-aproximacion-teorica/>
- Goffman, E. (2008). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.
- Hill Collins, P. (2019). *Intersectionality as critical social theory*. Duke University Press.
- Ipas. (2016). El estigma del aborto termina aquí: Juego de herramientas para entender y actuar.
- Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), 625–639.
- León, M. (2012). Temas centrales en el debate sobre el aborto en Venezuela y

argumentos teóricos para su despenalización. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 17(39), 165–174.

Link, B., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385.

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2013). Norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva.

Miranda Lucas, M. J., & Comas d'Argemir, D. (2016). Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario. *Revista de Bioética y Derecho*, (38), 37–53.

Morales Lara, M. (2023). Abortion Providers Stigma Scale (APSS): Escala de estigma de los proveedores de aborto [Ponencia de conferencia]. VII Conferencia Regional CLACAI: Persistir en el cambio, Ciudad de Panamá, Panamá. Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud.

Orihuela Cortés, A. (2023). Relación entre la religiosidad, el sexismo y el estigma hacia mujeres que abortan [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <https://tesis.pucp.edu.pe>

Quinn, D., & Chaudoir, S. (2009). Linkages between identity often concealable and psychosocial well-being: The role of anticipatory stigma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(3), 634–651.

Sorhaindo, A., Karver, T., Karver, J., & Garcia, S. (2016). Constructing a validated scale to measure community-level abortion stigma (CLASS) in Mexico. *Contraception*, 93(5), 421–431.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Gedisa.

Vivas, E., Valencia, C., & González Vélez, A. C. (2016). El estigma en la prestación de servicios de aborto: Características y consecuencias. Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI).

Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: Una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1–17.

Zamberlin, N. (2015). El estigma asociado al aborto como objeto de estudio. En S. Ramos (Comp.), *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe*. CEDES; Population Council.