

“Es gratis, pero es demasiada *volteadera*”. Percepciones sobre la espera en mujeres que abortaron durante el segundo y tercer trimestre de gestación en Colombia*

Laura Parra Rodríguez**

Universidad del Valle, Colombia

<https://doi.org/10.7440/antipoda42.2021.05>

Cómo citar este artículo: Parra Rodríguez, Laura. 2021. “Es gratis, pero es demasiada *volteadera*”. Percepciones sobre la espera en mujeres que abortaron durante el segundo y tercer trimestre de gestación en Colombia”. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 42: 107-131. <https://doi.org/10.7440/antipoda42.2021.05>

Recibido: 14 de febrero de 2020; aceptado: 26 de julio de 2020; modificado: 15 de octubre de 2020.

Resumen: este artículo explora las percepciones sobre la espera presentes en los relatos de mujeres que abortaron durante el segundo y tercer trimestre de gestación, en el marco del sistema de salud colombiano y de la Sentencia C-355 de 2006, entre los años 2017 y 2018. A través del análisis cualitativo de las entrevistas, la espera surgió como una categoría que permitió recoger las múltiples temporalidades y las complejas relaciones de las mujeres con las instituciones, desde el ingreso a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) hasta la culminación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Durante este tránsito, algunas de las mujeres entrevistadas sintieron que hubo un buen acompañamiento durante el embarazo y el aborto, y estimaron que los tiempos de espera fueron oportunos. Por el contrario, otras percibieron que las instituciones no les brindaron la información necesaria y que les impusieron tiempos de espera excesivos que desconocieron sus necesidades. La revisión de esas vivencias muestra que las mujeres se enfrentaron a las instituciones, las cuales perdieron legitimidad, y que entre ellas se mantuvo el

* Este artículo es resultado del trabajo de grado: “Expresiones de la espera en relatos de mujeres con abortos en segundo y tercer trimestre en Colombia” presentado al Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo (Cider), Universidad de los Andes, Colombia.

** Magíster en Género de la Universidad de los Andes y Comunicadora Social y Periodista de la Universidad del Valle, Colombia. En la actualidad es profesora cátedra de la Universidad del Valle. Entre sus últimas publicaciones está: “¿Quién me dice que esta historia es verdadera?”. En *Historias sin ficción: antología y técnicas de periodismo narrativo en Ciudad Vaga*, editado por Kevin García y Julián González. (Cali: Universidad del Valle, 2019): 407-414. ✉ lauramariaparra@gmail.com

temor a un aborto séptico. Paralelamente, evidencia expresiones voluntarias de la espera que dan cuenta de un uso no unidireccional del tiempo. Así, el presente artículo aporta a la discusión sobre las mujeres que abortan y su relación con el sistema de salud colombiano, el cual establece el ingreso a las EPS como única vía para acceder a dicho procedimiento durante el segundo y tercer trimestre de gestación. Asimismo, resulta relevante para los estudios sobre las temporalidades en contextos institucionales, en la medida en que explora la emergencia de las esperas voluntarias.

Palabras clave: aborto legal, Colombia, segundo y tercer trimestre de gestación, Sentencia C-355 de 2006, tiempos de espera.

“It’s Free but Too Much like Hard Work.” Perceptions Concerning Waiting Times in Women Who Had Abortions during the Second and Third Trimesters in Colombia

Abstract: This article explores the perceptions concerning waiting times contained in the stories of women who had abortions during the second and third trimesters of pregnancy, under the Colombian health care system and the terms of Ruling C-355 of 2006, between 2017 and 2018. A qualitative analysis of the interviews revealed that waiting times allowed the collection of data on the multiple temporalities and the women’s complex relations with these institutions, from the time they entered the *Entidades Promotoras de Salud* (EPS) until the culmination of their *Interrupción Voluntaria del Embarazo* —IVE— (Voluntary Pregnancy Termination). This article explores the women’s perceptions concerning how long they had to wait, during which time, some of the women interviewed felt that the support they received during pregnancy and abortion was satisfactory, and that the waiting times were appropriate. Others, in contrast, perceived that the institutions did not provide them with the necessary information and imposed excessive waiting times that ignored their needs. The analysis of this experience reveals that the women confronted the institutions, which lost their legitimacy, and that their fear of a septic abortion persisted. At the same time, there is evidence of voluntary expressions of waiting that show a non-unidirectional use of time. This paper contributes to the discussion on women who have abortions and their relationship with the Colombian health system, which establishes admission to the EPS as the only way to access this procedure during the second and third trimesters of pregnancy. It is also relevant for studies on temporalities in institutional contexts, as it explores the emergence of voluntary waiting.

Keywords: Colombia, legal abortion, second and third trimester of pregnancy, Sentence C-355 of 2006, waiting times.

“É grátis, mas é muita enrolação”. Percepções sobre a espera em mulheres que abortaram durante o segundo e o terceiro trimestres de gestação na Colômbia

Resumo: este artigo explora as percepções sobre a espera presentes nos relatos de mulheres que abortaram no segundo e no terceiro trimestres de gestação, no âmbito do sistema de saúde colombiano por meio da sentença C-355 de 2006, em 2017 e 2018. Com base na análise qualitativa das entrevistas, a espera surgiu como uma categoria que permitiu identificar as múltiplas temporalidades e as complexas relações das mulheres com as instituições, desde o ingresso nas instituições prestadoras de saúde até a culminação da interrupção voluntária da gravidez. Durante essa transição, algumas das mulheres entrevistadas sentiram que houve um bom acompanhamento durante a gestação e o aborto, e estimaram que os tempos de espera foram oportunos. Por sua vez, outras perceberam que as instituições não lhes ofereceram informações necessárias e lhes impuseram tempos de espera excessivos que não consideraram suas necessidades. A análise dessas vivências mostra que as mulheres enfrentaram as instituições, as quais perderam legitimidade, e que essas mulheres continuaram a ter medo do aborto séptico. Além disso, são evidenciadas expressões voluntárias da espera as quais mostram um uso não unidirecional do tempo. Este artigo contribui para a discussão sobre as mulheres que abortam e sua relação com o sistema de saúde colombiano, o qual estabelece o ingresso nas instituições prestadoras de saúde como única via para acessar esse procedimento durante o segundo e o terceiro trimestre de gestação. Ainda, resulta relevante para os estudos sobre as temporalidades em contextos institucionais, à medida que explora a emergência de esperas voluntárias.

Palavras-chave: aborto legal, Colômbia, segundo e terceiro trimestre de gestação, Sentença C-355, tempos de espera.

Amparo utilizaba una inyección anticonceptiva y no se percató de que podía estar en embarazo. Inmediatamente sospechó de su estado, se hizo una prueba de orina y pidió una cita con una organización feminista para recibir información sobre el aborto seguro. Al llegar allí, empezó un camino que creía imposible: que sus razones para abortar estuvieran reconocidas por la ley y que pudiera hacerlo por medio de su EPS. En sus palabras, esto fue lo que sucedió:

Empecé a averiguar para poder hacer el procedimiento. Yo no tenía la más mínima idea. Google lo sabe todo, había entidades, fundaciones [...]. Entonces

yo averigüé y todo eso, me dijeron que pasara a consulta y [...] oh sorpresa, tienes bastante tiempo. Tienes cinco meses. Hasta ese momento como que caí en cuenta de todo [...] Estaba angustiada, pero estaba diciendo va a ser más fácil, va a ser más rápido, [...] Cuando me dijeron “es que tienes que irte hospitalizada y tienes que quedarte dos o tres días. Allá te hablan de tres a cinco días”. Y yo, ¿cómo que cinco días?, yo trabajo, ¿cómo hago? Ahí es cuando uno empieza a ver todo el problema encima. (Amparo, 36 años, residente de una zona urbana, 23 semanas de embarazo, entrevista con la autora, julio de 2018)¹

La cita médica rompió sus ideas acerca del presente al ubicarla en un embarazo de más de veinte semanas, sin posibilidad de un aborto ambulatorio, frente a un proceso que no podía costear, con la necesidad de ir a su EPS y de pedir permiso en su trabajo para faltar unos días. Desde ese día, la decisión de interrumpir su condición estuvo marcada por tiempos institucionales, citas, viajes, lapsos para el efecto de las pastillas y por la finalización de los síntomas del embarazo. Como ella, otras mujeres desconocían que, desde el 2006, en Colombia, el aborto está despenalizado cuando el embarazo es producto de una violación, de incesto o de inseminación artificial; cuando el feto es incompatible con la vida extrauterina, o cuando hay riesgo para la salud o la vida de la mujer (Corte Constitucional 2006)². Sin saberlo, el primer contacto con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)³, las conduciría a viajar hasta doce horas, hacia municipios desconocidos, ubicados a kilómetros de distancia de sus residencias, para poder interrumpir su embarazo legalmente. A continuación, me propongo presentar las percepciones de la espera que surgieron del análisis de los relatos de diecinueve mujeres sobre sus trayectorias de IVE durante el segundo y tercer trimestre en el país.

Desde la despenalización del aborto en Colombia, cada vez más mujeres y personas con capacidad para hacerlo solicitan la IVE (Minsalud y Profamilia 2017; Profamilia 2019) y la aceptación de las causales despenalizadas ha aumentado a un 65 % entre la población del país (Minsalud y Profamilia 2017). Sin embargo, los servicios de IVE todavía no superan el 10 % de los abortos que se realizan (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres 2019). Además, la permanencia del aborto dentro del Código Penal colombiano genera confusión, limita el acceso al servicio (González, Melo y Martínez 2019; Prada *et al.* 2011) y favorece las denuncias contra las mujeres que deciden interrumpir su embarazo, incluso en casos despenalizados

-
- 1 A lo largo de esta investigación, los nombres y demás datos sensibles de las mujeres entrevistadas fueron cambiados, a fin de garantizar la protección de su identidad, de conformidad con lo establecido en los consentimientos informados.
 - 2 Corte Constitucional de Colombia (Sala Plena). Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006. Magistrados Ponentes: Dr. Jaime Araújo Rentería y Dra. Clara Inés Vargas Hernández. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>. Aunque la sentencia emplea la categoría genérica “mujer”, este trabajo reconoce que debe incluir a personas trans y de géneros no binarios que enfrentan embarazos.
 - 3 La diferencia entre las EPS y las IPS radica en que las primeras son las entidades a las que las personas están afiliadas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren y las segundas son las instituciones donde se prestan los servicios que las primeras contratan. Según la Superintendencia de Salud (2013), es obligación de cada EPS contratar en una IPS la IVE.

por la sentencia (González, Melo y Martínez 2019). Es más, las mujeres se enfrentan a la presión de familiares y terceros para que desistan de abortar; afrontan barreras administrativas en el sector de justicia y entre los operadores del sistema de salud (Brack, Roachat y Bernal 2017; González y Castro 2016), y sufren violencia obstétrica (Tamayo *et al.* 2015) ejercida por parte del personal que hace parte de las IPS que ofrecen la IVE.

Lo anterior limita el acceso oportuno de las mujeres a las IPS, por el temor a ser señaladas, y hace que reciban menos información sobre la IVE (Ortiz 2016; Vivas, Valencia y González 2016). Además, por el estigma, implica que sean pocos los profesionales que presten el servicio, principalmente, durante el segundo y tercer trimestre (Ortiz 2016). Dicho de otro modo, la despenalización parcial del aborto conlleva profundas contradicciones; la IVE se presta a las mujeres afiliadas a las EPS o a aquellas que no estén afiliadas e ingresen por urgencias, pero las barreras aumentan en la medida en que la edad gestacional se incrementa. Esta situación parece afectar mayormente a las mujeres provenientes de zonas rurales y de municipios donde no hay estos servicios, pues deben recorrer grandes distancias para ser atendidas y no tienen acceso a tantas fuentes de información (Prada *et al.* 2011; Minsalud y Unfpa 2014). En este contexto surgió la pregunta por las percepciones de la espera en las mujeres que lograron acceder a la IVE, durante el segundo y tercer trimestre de gestación, tanto aquellas que debieron desplazarse desde sus municipios para lograrlo como aquellas que residían en la misma ciudad, desde su ingreso a las EPS hasta la culminación de sus síntomas.

Las experiencias de las mujeres que abortan en América Latina han sido ampliamente estudiadas y subrayan como decisivas las condiciones económicas en relación con el aborto inseguro y con la búsqueda de recursos para interrumpir el embarazo (Chaneton y Vacarezza 2011; Szwarc y Fernández 2018; Zamberlin y Raiher 2010; Zamudio, Rubiano y Wartenberg 1999). Asimismo, se ha explorado el papel del cuerpo en las vivencias de aborto (Amuchástegui 2013; Rostagnol 2015), las experiencias con misoprostrol (Lafaurie *et al.* 2005; Szwarc y Fernández 2018) y el rol de los varones en las trayectorias de aborto (Chaneton y Vacarezza 2011; Petracci *et al.* 2012; Viveros y Navia 2012).

Paralelamente, otros estudios han indagado las percepciones del personal médico sobre el aborto; entrevistas en Colombia y Uruguay afirman que este apoya la legislación, sin que esto signifique un trato sensible hacia las mujeres (Laza y Castiblanco 2017; Minsalud y Unfpa 2014; Rostagnol 2015). Además, se han preguntado acerca de las prácticas de objeción cotidianas de médicos que no se consideran como objetores (Serna, Cárdenas y Zamberlin 2019). De manera complementaria, Ramón y Cavallo (2018) concluyen que la decisión de abortar de las mujeres se ve limitada en las legislaciones con despenalización, al exigir certificar una causal, y que la despenalización parcial dificulta la comprensión de los casos, el registro y la difusión del derecho al aborto.

En cuanto a las vivencias en los servicios de salud, existen publicaciones que se refieren a los lapsos de tiempo sin recibir atención y a la negación de exámenes en el caso de las mujeres argentinas (Comes y Stolkiner 2005; Petracci, Romero y Ramos 2002; Szulik y Szwarc 2015). A estos trabajos se suman aquellos que indican que las mujeres reciben poca información sobre los servicios de salud sexual y reproductiva. Adicionalmente, Ortega *et al.* (2017) estudiaron las percepciones de la espera en personas trans en Buenos Aires, que enfrentaron barreras para ingresar o permanecer en tratamientos de hormonización y cirugías. Esta situación cobra relevancia, porque al igual que en la IVE, estos procesos generan tabúes, estigmas y relaciones complejas con personal que no está sensibilizado. Particularmente, en Colombia, las investigaciones se han preguntado por las mujeres a las que les ha sido negada la IVE (DePiñeres *et al.* 2017; Ortiz 2016) y por aquellas que han vivido obstáculos para acceder a dicho procedimiento (Baum, DePiñeres y Grossman 2015; González y Castro 2016).

Sobre las percepciones temporales, otras autoras señalan los efectos de las legislaciones concernientes a los periodos de espera para acceder al aborto, y destacan que las mujeres sufren violencias estructurales (Finer *et al.* 2006; Gentil 2014; Rowlands y Thomas 2020). Igualmente, se han caracterizado las razones que llevan a las mujeres a abortar durante el segundo y tercer trimestre, destacando: la no detección del embarazo, las dificultades para la toma de decisiones y las restricciones económicas para acceder al servicio, o para trasladarse a ciudades o países con hospitales especializados (Beynon-Jones 2012; Finer *et al.* 2006; Ingham *et al.* 2008; Jones y Finer 2012; Purcell *et al.* 2017). Otro campo ha estudiado el rol de las imágenes ecográficas en la subjetivación del feto y en la decisión de aborto en mujeres con diagnósticos de malformación (Ferreira da Costa *et al.* 2005; Graham *et al.* 2008; Ivry 2009; Lafarge, Mitchell y Fox 2014). Particularmente, Beynon-Jones (2012, 2017) hace una crítica a los términos de embarazo tardío o embarazo avanzado, al aludir a un tiempo menos correcto para abortar. Con este trabajo me adhiero a esta perspectiva, al problematizar la concepción de la espera únicamente como una práctica obstaculizadora y retardante.

112

Abordaje teórico de la espera

En el estudio sobre los tiempos de espera predomina una corriente que la concibe como parte de las lógicas burocráticas. Dicha corriente está representada por autores como Scribano (2010), para quien la espera es un mecanismo de soportabilidad que evita el conflicto social. En esa misma línea, Auyero (2012) determina que la espera se vive según la clase social y que las personas aprenden a mantenerse en tiempos arbitrarios e impuestos por la burocracia estatal como requisito para acceder a sus derechos. Su postura arroja luces sobre los efectos de los tiempos que las instituciones asignan a las personas, sin que sea suficiente para rastrear las acciones que las mujeres realizan para contrarrestarlos, para este autor, tales acciones hacen parte de la estructura de dominación. En contraste, Pecheny (2017) plantea la espera

como una relación dinámica en la que el hacer esperar puede pasar de un actor a otro y donde quien hace esperar tiene el control de la relación. De manera cercana a esta mirada, Szwarc y Fernández (2018) destacan la angustia y el despliegue de estrategias que rompen las lógicas temporales de la maternidad, entre las mujeres de Buenos Aires que buscan abortar en la clandestinidad.

De allí que me parezca indispensable que Mathur (2014), en su estudio sobre los tiempos burocráticos en Gopeshwar (India) aclare que las instituciones viven procesos de espera, entre dependencias y con instituciones de mayor rango, y que estos lapsos internos dilatan las respuestas a la ciudadanía y conllevan a la sublevación y deslegitimación del Estado. Dicha visión es compartida por Bear (2014), quien enfatiza que el futuro es un frente de disputa entre actores y que lo que pudo suceder tiene efectos materiales en las personas. Ambas autoras refutan a Auyero (2012), y apuestan a que la espera no es solo pasiva, sino que puede impulsar el conflicto.

Las temporalidades y los enfrentamientos por el futuro han sido estudiados desde la perspectiva de género, estas enfatizan que los discursos de las instituciones médicas, científicas, legales y religiosas sostienen los órdenes de género e imponen la maternidad como destino, así como los tiempos reproductivos para embarazarse y para abortar (Beynon-Jones 2012; Franklin 2014; Gentil 2014; Petchesky 1987). La imposición se expresa en lapsos de asignaciones de citas, legislaciones sobre los periodos de espera para acceder al procedimiento, tiempos límites para recibir atención, horas de desplazamiento para la atención y en el logro o no del aborto (Beynon-Jones 2017, 2012; Erdman 2017; Leichtentritt 2011; Szwarc y Fernández 2018).

En lo que concierne a esta investigación, el marco temporal de análisis está definido por los cinco días que establece el Ministerio de Salud y Protección Social, en los protocolos, como tiempo máximo que debe transcurrir entre la solicitud de la IVE y el procedimiento de interrupción (Minsalud 2016). Este marco temporal y su constante incumplimiento coexisten con la emergencia de otras temporalidades, como la interpretación del número de semanas y las proyecciones de futuro que tienen las mujeres. En contraste con las propuestas docilizantes de Auyero (2012), el panorama encontrado evidencia que las mujeres que abortaron no esperaron de manera paciente, por el contrario, discutieron, manifestaron críticas e idearon estrategias y planes de uso del tiempo para lograr abortar de manera segura dentro del sistema de salud.

Metodología

El propósito de la investigación surgió a partir de la exploración de las trayectorias espaciales y temporales de mujeres que se realizaron abortos durante el segundo y tercer trimestre de gestación. El énfasis en la percepción de la espera de las mujeres me llevó al terreno de las metodologías cualitativas y me condujo a elegir el modelo de entrevista semiestructurada, pues este me permitía tener una base de temas para abordar y adaptar las preguntas durante el diálogo. En consecuencia, construí un

guion con preguntas e hitos (Valles 1999), a partir de los cuales retomé aspectos trabajados por Szwarc y Fernández (2018) y Purcel *et al.* (2017). Al finalizar las entrevistas, la espera emergió como una categoría propia que recogía las experiencias temporales y contrastaba la visión de quietud de las mujeres, en respuesta a mi interés por evidenciarlas como sujetos que actúan.

Solicité el apoyo de compañeras militantes feministas y de trabajadoras de la salud, quienes preguntaron a las mujeres de sus círculos si querían participar en la investigación. Debido al rango y a la zona de trabajo definida, todas las mujeres con quienes tuve contacto fueron atendidas en la misma IPS de carácter público. Después de recibir las primeras confirmaciones, acordé conocer a mujeres de dos departamentos: Valle del Cauca y Nariño, con el fin de tener la posibilidad de viajar a sus municipios y reconocer las implicaciones de sus desplazamientos. Para más de la mitad de las entrevistas hice los mismos viajes de las mujeres; durante estos recorridos ajusté preguntas y tomé notas sobre el trayecto y sus lugares de origen.

De un total de diecinueve mujeres que respondieron, quienes habían abortado entre 2017 y 2018, dieciocho lo habían hecho durante el segundo y tercer trimestre de gestación, mediante asistolia cardiaca fetal y terminación con pastillas o cesárea. Una de ellas lo hizo durante el primer trimestre, pero fue contactada porque residía en el municipio definido para la IVE y porque conoció a la IPS durante la experiencia de un parto anterior. Es importante señalar que diecisiete de las mujeres entrevistadas tuvieron que viajar para poder acceder a la IVE y que solo dos de ellas residían en el municipio donde se les practicó el procedimiento.

En relación con la causal, tres mujeres ingresaron por incompatibilidad del feto con la vida extrauterina, una por abuso sexual y quince porque el embarazo representaba riesgo para su salud o su vida. No obstante, resulta problemático diferenciar a las mujeres por la causal de IVE, porque la causal de riesgo para la salud o la vida incluye tanto a mujeres decididas a interrumpir, como a otras que modificaron su decisión durante el transcurso del embarazo. Estas diferencias pueden ser abordadas en trabajos futuros que exploren en detalle las distintas trayectorias. Adicionalmente, tampoco es posible descartar que entre las mujeres entrevistadas hubiesen más casos de abuso sexual sin ser reportados como tal. Estoy convencida de que las mujeres tienen razones para abortar, más allá de la causal bajo la cual fueron clasificadas, y busco evitar lecturas que justifiquen unas causales más que otras; en consecuencia, opto por describir cada situación de manera particular.

Todas las entrevistas se llevaron a cabo durante el 2018, a lo largo de encuentros individuales con cada una de las mujeres que accedió a participar. Dichos encuentros permitieron despejar dudas y dar detalles sobre la investigación, así como concertar el tratamiento de la información, según las distintas percepciones de riesgo. Por solicitud expresa de las mujeres, dieciséis entrevistas fueron grabadas y tres registradas únicamente mediante apuntes. Al finalizar cada entrevista, tomé notas y grabé mis impresiones sobre lo recordado. Posteriormente, en el análisis seguí a Packer, para quien el investigador cualitativo está activamente involucrado

en la lectura de las entrevistas, pues “sus preconcepciones son un recurso clave para comprender y articular este material” (2013, 117). A partir de la escucha y revisión de notas de cada entrevista, elaboré un sumario por relato con impresiones, conceptos clave, recurrencias y excepciones en cada narrativa; luego hice la respectiva transcripción parcial. A continuación, presento un ejemplo del análisis de un fragmento del relato de Luisa sobre su acercamiento a la EPS, el cual evidencia la importancia de la percepción de futuro y de los lapsos de espera:

Investigadora: ¿Tú mamá te recomendó la cita con el ginecólogo?

Luisa: Sí, me [la] recomendó, porque esperando la EPS, lo peor. Es un lío para pedir una cita y mi mamá dijo no podemos esperar más tiempo, vámonos de acá [de la EPS]. Entonces definitivamente no, mi mamá dijo: “por allá no podemos porque hay mucho tiempo de por medio. Necesitamos saber cuánto tiene porque usted tiene que tomar unos suplementos” [...] “Acuéstate vamos a hacer una ecografía intravaginal. No, ya no se puede, está muy grande”. Entonces yo quedé así [asustada]. Lloré. Esa fue mi primea imagen, nunca me tocó que la semillita. Ya me tocó grande, formado. (Luisa, 20 años, residente de una zona urbana, 24 semanas de embarazo, entrevista con la autora, julio de 2018)

El análisis de este fragmento revela temporalidades expresadas en: 1) los días que transcurren mientras se asigna la cita, que pueden conducir a optar por un prestador privado para evitar la espera y 2) los tiempos futuros construidos como la proyección de suplementos a tomar y la idea de ver al cigoto y no a un feto formado. En consecuencia, la espera emergió en los relatos en alusión al futuro, a la arbitrariedad del tiempo, a los lapsos voluntarios que permitieron alcanzar objetivos. Para contener el despliegue de posibles eventos que no ocurrieron presento el análisis por hitos, dentro de la trayectoria lineal, desde el ingreso a las EPS hasta la desaparición de los síntomas.

Manifestaciones de la espera

Certificación de la causal y certeza de la IVE

En primera instancia, las mujeres se acercaron al personal médico por diversos motivos: buscaban las causas a sus síntomas, pues creían estar enfermas; querían ingresar a controles prenatales o necesitaban información para interrumpir sus embarazos. En general, el contacto con las IPS originó noticias “inesperadas” que rompieron sus ideas de presente, maternidad y tiempo gestacional (Beynon-Jones 2017; Chaneton y Vacarezza 2011), al ubicarlas cerca o lejos del aborto, en una IVE no ambulatoria o en el fin del embarazo. Siete de las mujeres entrevistadas iniciaron trayectorias para continuar sus embarazos y doce de ellas para interrumpirlos. No obstante, quince manifestaron que el embarazo rompió sus planes de futuro y que no esperaban ser madres o gestar de nuevo.

Entre las mujeres decididas a interrumpir hubo una diferencia marcada. Aquellas que ingresaron a IPS especializadas en salud sexual recibieron la certificación de la causal y fueron remitidas internamente a sus EPS, donde les asignaron una IPS para IVE, según las semanas de embarazo; fue el caso de Amparo, a quien mencioné en la introducción. Sin embargo, la mayoría de las mujeres que ingresaron por sus EPS no recibieron la certificación el mismo día. Por ejemplo, Yuliana evitó durante meses ir al médico, para no entrar a controles prenatales y luego se acercó por una gripa muy fuerte. Después de que el médico le ordenó una ecografía para diagnosticar el embarazo, ella buscó a la psicóloga y solicitó su ayuda para interrumpirlo:

Hablé con la psicóloga, ella me dijo que era muy riesgoso y que en Pasto no se podía hacer que ya tocaba en Cali o en Bogotá [...] me dio la orden para hacer la ecografía y viajé a Pasto para poder hacer el procedimiento [...]. Allí, solamente me hicieron la ecografía y de allá me mandaron la cita. (Yuliana, 19 años, residente de una zona rural, 28 semanas de embarazo, entrevista con la autora, julio de 2018)

Si bien el primer médico que la atendió no mencionó su derecho a la IVE, la psicóloga prometió ayudarla y, en menos de una semana, Yuliana estuvo segura de que accedería al procedimiento y sus síntomas de depresión mermaron. No manifestó que existieran barreras en el proceso, como tampoco lo hizo Helena, quien tiene una hija con discapacidad y cuyas ecografías dieron cuenta del complicado estado de salud del feto. Esta señal la llevó a actuar inmediatamente y a “no esperar”:

Cuando vi que estaba enfermito no esperé a la otra cita. Yo me adelanté, me fui rápido. “Vea mi bebé viene mal”. Busqué a la enfermera y ella me dijo: — “no hay derecho”. (Helena, 44 años, residente de una zona rural, 23 semanas de embarazo, entrevista con la autora, julio de 2018)

En medio de este panorama, la espera no fue una actividad solitaria. Helena estableció relación con su red de apoyo y con el sistema de salud, que respondió a la premura. De hecho, Yuliana y Helena fueron de las pocas mujeres que no expresaron barreras en relación con la posibilidad de interrumpir el embarazo. Del total de mujeres entrevistadas, nueve recibieron información sobre la IVE el mismo día, pero solo una de ellas obtuvo, al mismo tiempo, la certificación de la causal. Sin embargo, aunque vivieran tiempos de espera, tener la certeza de poder interrumpir su estado evitó que sintieran angustia.

En contraste, las diez mujeres que percibieron el tiempo entre trámites institucionales como un cronómetro (Beynon-Jones 2017), por la inminencia del parto, recibieron certificación de la causal de que el embarazo constituía un riesgo para la salud o la vida. Entre ellas Kelly, quien se acercó a la EPS después de un intento fallido de aborto autogestionado. Allí le ordenaron una ecografía para conocer tanto su estado de salud como el del feto y confirmar las semanas de embarazo. La médica que la atendió le comentó sobre la sentencia, pero no le aseguró que tendría

derecho al procedimiento. Durante las semanas siguientes sintió que los lapsos institucionales no se ajustaban a su necesidad:

Kelly: Primero el médico me mandó a hacer una ecografía por la EPS, porque yo tenía una particular, y la EPS solamente las hacía los miércoles, y yo fui a la cita el miércoles. Me tocó esperar hasta el otro miércoles a que me la hicieran [...]. Para las citas tocaba madrugar, porque solo daban dieciocho cupos [...] y decían que a veces llegaban sesenta personas. Me tocó levantarme como a las 3:30 [...]

Investigadora: ¿En esos exámenes se te fueron tres semanas?

Kelly: Sí. Después me llamaron de la EPS que necesitaban todo, la historia clínica de la psicóloga, pero no me la quisieron dar ahí, que tenía que esperar ocho días hábiles en archivo. (Kelly, 18 años, residente de una zona urbana, 24 semanas de embarazo, entrevista con la autora, julio de 2018)

Kelly ya había solicitado la IVE y las esperas que vivió —alrededor de quince días entre citas y trámites administrativos— fueron consideradas múltiples barreras, derivadas de fallas institucionales (González y Castro 2016), que incumplen los cinco días que establece la Sentencia T-841 de 2011⁴ y la Circular Externa 003 del 26 de abril de 2013⁵. Kelly asoció el tiempo transcurrido a la incertidumbre (Szwarc y Fernández 2018), a la necesidad de que la lectura de la ecografía arrojara que sí podía abortar y a lapsos excesivos usados en trámites que intentó disminuir —madrugar y esperar de 3:30 a. m., a 6:30 a. m.— para no dilatar su situación. Algo similar le ocurrió a Camila, cuando postergaron su remisión para la ecografía con una IPS que presta servicios de IVE. Ella esperó durante una semana, a que a las funcionarias terminaran de hablar y de violentarla para reiterar decisión:

Ellas [la enfermera jefe, una médica y la gerente del hospital] me llevaban a terapia para que yo no lo hiciera: — “Te voy a explicar lo que es, esto es malo, no puedes volver a tener hijos o te puedes morir en el procedimiento”, — “yo no lo quiero tener” les dije. Cada vez que bajaba al hospital, que me llamaban, solo era para la cita con la psicóloga y la psicóloga [...] Yo les decía — “es que no lo quiero tener, ayúdenme”. [...] Se demoraron una semana en darme los papeles, el tiempo pasaba y cuando ya fui a la IPS me dijeron que por qué yo no había hecho rápido el procedimiento, yo les dije que en el centro de salud no me lo querían dar. (Camila, 19 años, residente de una zona rural, 29 semanas de embarazo, entrevista con la autora, julio de 2018)

4 Corte Constitucional de Colombia (Sala Octava de Revisión). Sentencia T-841 del 3 de noviembre de 2011. Magistrado Ponente: Dr. Humberto Antonio Sierra Porto. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/t-841-11.htm>

5 Superintendencia Nacional de Salud. Circular Externa 003 del 26 de abril de 2013, por la cual se imparten instrucciones sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en aplicación de la Constitución Política de Colombia. (*Diario Oficial* n.º 48.776 del 29 de abril de 2013). <https://www.consultorsalud.com/wp-content/uploads/2014/10/circularexterna003de2013snsinterrupcionvoluntariadelembarazo.pdf>

La violación de los derechos de las mujeres hace parte de las barreras (González y Castro 2016) que llevaron a Camila a percibir los días como largos y a detonar conflictos con el personal institucional (Mathur 2014), primero en el puesto de salud donde fue atendida y luego en la IPS a la que fue remitida para la ecografía e IVE. Ella no fue disuadida ni actuó dócilmente, sino que recalcó su decisión, hecho que contrasta con la visión docilizante de Auyero (2012). Es más, fue reprendida por el personal de la IPS a la que fue remitida para iniciar la IVE, por acercarse “tarde”, en alusión al número de semanas de embarazo. Este ignoró su historia como mujer rural que desconocía la despenalización del aborto y la existencia de IPS dedicadas a prestar servicios de salud sexual y reproductiva, por fuera de la remisión de la EPS, y asumió que ella había tenido control absoluto sobre su cuerpo, la anticoncepción y la proyección de los tiempos correctos para acceder al procedimiento.

La situación descrita permite entender que la legalidad parcial ha llevado a calificar tiempos y trayectorias como adecuadas o inadecuadas. Además, remite al planteamiento de Beynon-Jones (2017), para quien la interpretación del número de semanas como algo “tardío” dificulta construir narrativas sobre la posibilidad del aborto, durante el segundo y tercer trimestre, e impone trayectorias con tiempos adecuados para acercarse al médico (Szwarc y Fernández 2018). Aquí, es revelador que el juicio por el tiempo de embarazo lo haga un prestador que se asume como garante de la IVE y recuerda las objeciones sutiles que evidencian Serna, Cárdenas y Zamberlin (2019).

En Camila se destaca su decisión de mantenerse dentro del sistema de salud, pues otras mujeres desisten ante las violencias desplegadas por el personal de salud (González y Castro 2016; Ortiz 2016). Ella partió de que el personal estaba capacitado para terminar su embarazo y esa posibilidad la hizo pensar en concluir el proceso; decidió volver cada vez que la llamaron, así sospechara de intentos por disuadirla, y reclamar por el tiempo de espera y lo vivido (Bear 2014; Mathur 2014). Se enfrentó al personal y sintió rabia al llegar al prestador privado de la ecografía, y descubrir que la IVE era un derecho que podría habersele garantizado desde el primer día. Esto la llevó a calificar el tiempo como perdido, pues después de lo recorrido, la IPS privada le comunicó que debido a su edad gestacional no podía atenderla y tramitó su solicitud ante la EPS, para que esta encontrara otra IPS que prestara el servicio.

Por otra parte, algunas de las mujeres que ingresaron a sus EPS por controles prenatales relataron como barreras los extensos lapsos de tiempo para la remisión a ecografías detalladas y amniocentesis. Por tanto, aquellas que contaban con capacidad de pago cubrieron estos exámenes por cuenta propia. Anteriormente me referí a Luisa, pero también está Beatriz, quien acudió a un prestador privado porque la ecografía no había sido agendada. Allí le informaron sobre la Sentencia C355 y le sugirieron solicitar la IVE. Ella identificó una barrera en el hecho de que una funcionaria de su EPS no le quisiera aprobar la ecografía ni dar información sobre la IVE:

Yo ya pillé que se me quedaba mirando raro [el profesional que realizó la ecografía] y yo — “Diosito, qué será, qué pasará” y pregunté [...] — “Tenemos un problema

mija, a la niña se le ha entrado el líquido a la cabecita [...] le está perjudicando harto al cerebro. Ahora mismo te vas para allá y pides una ecografía de todo, si te dicen que no, que para qué. No te paras de ahí hasta que no te la den, dices — “Yo tengo derecho a una ecografía detallada”. [Cuando ella llega dice] “hágame el favorcito y no me voy hasta que me la mande”. (Beatriz, 40 años, resiente de una zona urbana, 30 semanas de embarazo, entrevista con la autora, julio de 2018)

Al leer la primera versión del documento de mi tesis, Beatriz volvió a enfatizar el hecho de que hay personal que “se guarda la información” y que a ella le tocó presionar para tener derecho a la IVE. A partir de esto, insisto en que una expresión de la espera está relacionada con el uso del tiempo como estrategia para retomar el control de las propias trayectorias y evidencia lo que las mujeres esperaban que sucediera como crítica retrospectiva al trato recibido. El choque de lo posible con los lapsos de tiempo sin atención o con falta de información sobre la IVE alimentaron las discusiones, enfrentamientos y quejas ante el personal de salud. El conflicto máximo se dio cuando la espera invertida se percibió como pérdida e innecesaria. Es el caso de Sandra quien, durante su primer trimestre de embarazo, pasó más de dos semanas intentando acceder a una ecografía que, de no haber sido errónea, le habría permitido interrumpir antes su estado:

Cuando me enviaron la ecografía [...] me dijeron que me tocaba esperar dos meses; que si no, que me fuera para otro hospital, y me la programaron como a los quince días. Allá no me hicieron la ecografía adecuadamente. Se suponía que en esa ecografía debía salir cualquier anomalía o enfermedad [...] Es gratis. No, nunca me cobraron un peso, pero es demasiada *volteadera*. Imagínese, me hicieron el único examen que me tenían que hacer y no me lo hicieron como debían hacerlo. De haberlo hecho a temprana edad, imagínate, me había yo evitado todos estos meses, yo con esa ilusión tan grande. (Sandra, 35 años, residente de una zona urbana, 22 semanas de embarazo, entrevista con la autora, julio de 2018)

Como relata Sandra, mientras las mujeres logran acceder a servicios diagnósticos e información sobre la IVE, aumentan las semanas, el riesgo de que el embarazo sea descubierto por terceros (Beynon-Jones, 2017; Szwarc y Fernández, 2018), el cariño por el feto y las posibilidades de una IVE no ambulatoria. Estas condiciones, sumadas al maltrato, parecen ser el costo que las instituciones cobran por el acceso al procedimiento. El hecho de que algunas mujeres recibieran información oportuna y otras no evidencia que el acceso a la IVE parece depender de la aceptabilidad o no del aborto, por parte del personal de salud. Adicionalmente, todas las mujeres creyeron que solicitar la IVE conllevaba a la respuesta inmediata de sus EPS. Un caso especial es el de Viviana, quien recibió el diagnóstico de malformación congénita incompatible con la vida extrauterina durante la semana venticuatro e inmediatamente la informaron sobre la IVE. Al principio Viviana descartó interrumpir su embarazo, pero lo reconsideró cuando el diagnóstico de su bebé no mejoró:

Después yo me hice a la idea de que todo iba a estar bien, que iba a ser un milagro, porque mi abuela me dijo que todo era posible. Yo era: todo es un milagro. [...] Me llevaron a todas las iglesias habidas y por haber —cristianas y católicas— [...] Me dijeron vaya y ponga el ramo del matrimonio a la virgen de no sé qué, entonces yo subí hasta allá y se lo puse. (Viviana, 28 años, residente de una zona urbana, 29 semanas de embarazo, entrevista con la autora, julio de 2018)

Esperar para acceder al aborto le permitió a Viviana desplegar otros recursos y amplió su capacidad de acción. Hecho que conduce a cuestionar la espera como una imposición (Auyero 2012; Pecheny 2017), pues ella no dio indicios de arrepentirse de abortar en la semana veintinueve. Es más, se acercó segura, el prestador médico la recibió y programó, dentro de los cinco días estipulados, la interrupción, un tiempo que consideró prudente. Viviana asumió que la EPS iría a su ritmo porque era ella quien decidía abortar o no. Camila y Beatriz también creyeron que las EPS debían ir a su tiempo, pero, al contrario de lo que ocurrió con Viviana, el personal médico y administrativo asumió que la decisión era de ellos. Este hallazgo coincide con otros trabajos sobre el rol de los prestadores de salud (Ramón y Cavallo, 2018; Rostagnol 2015; Serna, Cárdenas y Zamberlin 2019) y con la idea de que el personal médico establece barreras al tratar a las mujeres de manera diferente, según la causal para la IVE (Serna, Cárdenas y Zamberlin 2019; Laza y Castiblanco 2017).

120

■ *Esperar la programación de la cita*

Después de tener la certificación de la causal, las mujeres esperaron la confirmación del día en que se les practicaría la IVE. La citación fue sorpresiva, pues les avisaron con un día, máximo tres días, de antelación, sin que tuvieran la posibilidad de sugerir cambios de fecha, ni de elegir el municipio u hospital. En consecuencia, la citación irrumpió sus agendas, al mismo tiempo que reflejó el manejo del tiempo descrito por Auyero (2012), como revela el siguiente fragmento del relato Luisa en torno a su reacción al conocer la fecha de la IVE.

— “Vea que mañana tiene que estar allá”. Era como el medio día. Entonces, cómo vamos a viajar de un momento para otro, — “que si no pierden el turno”. Entonces, que hay otro turno para la otra semana. Mi mamá no podía dejar el trabajo tirado, el dinero que teníamos que conseguir para viajar. No, fue bien difícil [...] Yo le dije a mi mamá, hagamos las cosas con calma, no podemos irnos a la loca. No sabemos a dónde vamos a llegar, no conocemos nada. [...] Nosotros esperábamos que de la EPS nos respaldara, era un caso en el que yo a duras penas podía caminar [...] A duras penas me daban el pasaje en bus a mí sola. (Luisa, 23 años, residente de una zona urbana, 24 semanas de embarazo, entrevista con la autora, julio de 2018)

El conflicto narrado por Luisa desplaza la discusión del tiempo como efecto de las barreras, para dar relevancia a la incertidumbre que manejó la EPS. Pese a que ella presionó a la entidad, porque su salud estaba en riesgo, destacó negativamente

la asignación repentina y decidió esperar una semana, al igual que en el hito previo, donde las mujeres aludieron a la necesidad de tener certeza sobre la IVE para planear sus vidas y supusieron que podrían elegir el día de la atención, porque la decisión de asistir era de ellas. Decisión que al final tomaron las IPS.

Adicionalmente, en su relato expresó la necesidad de que la EPS cubriera los gastos de su acompañante. Aunque los protocolos de atención son iguales para todo el país, no todas las EPS del régimen subsidiado cubren los gastos del acompañante ni los viajes interdepartamentales que, en este caso, fueron de hasta doce horas por tierra. En contraste, la mujer del departamento de Nariño, afiliada al régimen contributivo, viajó en avión con su acompañante. Lo anterior tiene el agravante de que las mujeres rurales enfrentaban mayores inconvenientes con el transporte: asumían los costos de los viajes a la ciudad para los exámenes previos y de algunos trayectos para llegar a los municipios donde se les realizaba el procedimiento. Por ejemplo, Camila no asistió a su primera cita por falta de dinero y pensó que no tendría problemas para agendarla de nuevo, pero fue reprendida por una funcionaria de la IPS. Finalmente, asistió a su segunda cita con el apoyo económico de un fondo feminista.

Inicio y culminación de la IVE

En este hito, la espera se asoció con la proyección de un futuro incierto y la vivencia de una decisión arbitraria, sin otra alternativa distinta que la de confiar o prever estrategias legales. Después de la asistolia fetal, la mayoría de las mujeres terminaron el proceso de IVE con medicamentos y solo algunas con cesárea. Quienes vivieron cesáreas manifestaron que la duración del procedimiento fue adecuada, porque después de la asistolia fetal pasaron al quirófano y luego a recuperación; mientras que quienes usaron medicamentos narraron las horas, los días y el tiempo que pasaron internas como excesivo y angustiante. Más allá de la distancia temporal experimentada por unas y otras, la diferencia estuvo en que entre quienes culminaron mediante medicamentos persistió la idea de la IVE como una práctica peligrosa (Leichtentritt 2011; Rostagnol 2015), pues los síntomas corporales y el dolor evocaron las historias sobre los abortos clandestinos.

El relato de Camila refleja la situación desesperante que enfrentaron también otras mujeres que no sabían cómo acelerar el proceso:

Mi procedimiento fue muy largo, a mí me colocaron como ocho pastillas y a mis compañeras solo dos pastillas [...] en ese hospital quedé sola, en esa camilla quedé. Ahí yo ya me sentí mal porque dije — “¡solita y nadie que me ayude! ¡ayúdenme!”, del dolor que me daba. Llegaba la doctora y me decía — “No, todavía te falta”, yo lloraba, dije — “me voy a morir”. Me dolía durísimo eso. [...] Yo podía hablar por el celular [...] [imita llamada de su apoyo feminista] “Hola Camila, hablas con la que te hizo el giro. ¿Cómo va tu procedimiento? ¿cuántas pastillas llevas?” — “cinco” — “¿todavía nada? ¿No te has sentido mal? No te preocupes que esto va a

salir bien, le voy a prender unas velitas a la virgencita y voy a rogar por ti para que te puedas desocupar rápido”. Ella me daba ánimo y después seguían metiéndome pastillas y pastillas y nada, nada. (Camila, 19 años, residente de una zona rural, 29 semanas de embarazo, entrevista con la autora, julio de 2018)

Cuando Camila se dio cuenta de que el tiempo de la IVE dependía de su cuerpo, esperó la comprensión y el acompañamiento de las enfermeras y auxiliares, mientras sucedía la expulsión del feto. Sin embargo, la ausencia de estas la hizo percibir los días como largos y violentos, un fenómeno que ya ha sido documentado en Colombia (Tamayo *et al.* 2015). Del lado opuesto, el acompañamiento feminista le ayudó a construir otra narrativa sobre el aborto, conforme a lo relatado por Szwarc y Fernández (2018). La reticencia de la violencia expresada en el tiempo sin atención fue compartida por Sandra:

[...] Les dije — “révisenme, por favor”. — “No todavía no. Tienes que aguantar, tienes que ser berraca, esto todavía no es el tiempo”, — “ehh, révisenme”, le dije yo así. — “No, que todavía no era tiempo” [...] — “Si rompí fuente es porque ya va a nacer”, -no, todavía no. Aguanta, tenés que aguantar” se fueron. [...] Yo dije — “yo voy a parir en el baño sola”. Afortunadamente una señora [auxiliar] me alcanzó a ver. (Sandra, 43 años, residente de una zona urbana, 22 semanas de embarazo, entrevista con la autora, julio de 2018)

122

En el relato de Sandra emerge la alusión a un tiempo propicio para abortar, que no ha llegado y que ella debe esperar —el personal de salud fue quien decidió cuándo “estaba lista”—. La descripción del procedimiento de aborto refleja ambigüedad, similitudes y distancias con el trabajo de parto (Purcel *et al.* 2017), como ilustra Sandra al mencionar que va a “parir”. A lo largo de todas las narrativas escuchadas, pareciera que la única lectura posible de la temporalidad correcta (semanas de embarazo, momento de acercarse a la IPS y tiempo adecuado para la expulsión) proviene del personal de salud, que no considera la experiencia corporal ni los cálculos de las mujeres. Durante el hito inicial, la narración de Sandra también ejemplifica una contradicción, pues, aunque el cuerpo de las mujeres “escondió” los síntomas del embarazo, la IPS reveló la verdad, pero se desconoció el hecho de que se sentían listas para la expulsión.

La violencia tampoco fue lineal. La mayoría de mujeres que refirieron encuentros con gestantes consideraron violento compartir el mismo piso o el baño con estas. Al preguntarle a Amparo por las recomendaciones que quisiera implementar, la primera de ellas fue la privacidad asociada a la estigmatización social de la IVE.

Es muy incómodo que nosotras no los vamos a tener y ver paseando barrigas por todo lado. Asumo yo que es una forma de mostrarte qué vas a hacer. La verdad a mí me parece muy cruel en ese sentido. [...] después es un cuarto donde hay bastantes camas y en la entrada tiene un letrero grande que dice IVE [...]. Todo el mundo pasa mirando, así como los bichos raros [...]. Pero yo digo, si vos estás es una profesión de esas tenés que respetar, podes no estar de acuerdo, tenés que

tratar a todos por igual. (Amparo, 36 años, residente de una zona urbana, 23 semanas de embarazo, entrevista con la autora, julio de 2018)

Además, todas las mujeres manifestaron al menos un episodio de maltrato. Por ejemplo, Catherine recibió comentarios violentos, por parte de las auxiliares de enfermería, e inmediatamente le informó a la psicóloga, quien desde entonces estuvo pendiente de su proceso. Catherine la recuerda con cariño:

[...] gracias a Dios todo fue de la mano de la psicóloga y del médico. — “Estamos aquí, estás bien, vas a salir bien, no te preocupes, vamos a manejar la respiración, no te me alteres”. Siempre fue con la psicóloga y con el médico que me daban la seguridad de que todo iba a estar bien. [...] — “Tú tienes que estar bien, vamos a salir de esta, yo voy a estar para ti, si quieres llámame, ten el celular, en el momento en que creas que vas a recaer, llámame y hablamos las dos”. (Catherine, 27 años, residente de una zona urbana, 23 semanas de embarazo, entrevista con la autora, julio de 2018)

En este hito, la espera como proyección de futuro se transformó en la medida en que las mujeres tuvieron información sobre la IVE, sus cuerpos y las instituciones. Las mujeres expresaron sorpresa al enterarse de la existencia de profesionales especializados, pero la recién descubierta legalidad del aborto las llevó a esperar personal sensible y condiciones de salubridad e intimidad. Según los relatos, a lo largo de los días y horas que duraron internas, la mayoría de las mujeres experimentaron violencia por parte de enfermeras, auxiliares de enfermería, estudiantes de medicina y especialistas en ginecología. En correspondencia con los hallazgos de Tamayo *et al.* (2015), dicha violencia no provino, en ninguna ocasión, de la psicóloga de la IPS que acompañó la IVE ni del especialista que indujo la asistolia fetal. Por el contrario, la presencia de estas dos figuras contribuyó a menguar el miedo y a entender que el aumento del tiempo con los efectos de los medicamentos no era señal de peligro, sino parte del proceso del cuerpo.

Esperas después de la IVE

La expulsión del feto también estuvo relacionada con el parto por el estado de embarazo y porque sucedió de forma vaginal o por cesárea (Purcel *at al.* 2017). Este momento fue narrado como tranquilizante porque puso fin al embarazo; un hallazgo que coincide con lo encontrado en otras investigaciones que desmienten el síndrome posaborto (Chaneton y Vacarezza 2011). Camila, por ejemplo, relató así la reacción del personal del puesto de salud a donde acudió la primera vez y volvió:

Cuando me llamó la psicóloga y la jefe y yo les dije cómo fue y ella quedó admirada — ¿cómo lo tuviste? — Normal, le dije — ¿Tuviste el bebé normal? — sí, le dije, — ¿Qué te hicieron?, — Lo único es que le inyectan una aguja con un líquido al corazón del bebé y tienes que esperar. Le ponen unas pastillas y uno espera y de ahí uno lo tiene normal — ¿normal, Camila?, ¿cómo te sentiste?,

— bien, — ¿No te da pena de lo que hiciste? — No [...]. Ellas estaban admiradas del procedimiento que les conté, pensaban que iba a un procedimiento donde me iban a meter unos tubos y me lo iban a arrancar y yo iba a quedar mal. (Camila, 19 años, residente de una zona rural, 29 semanas de embarazo, entrevista con la autora, julio de 2018)

Previamente, Camila narró miedo y dolor, pero, en una valoración retrospectiva, consideró estas emociones como parte del curso “normal” del cuerpo, situación que se presentó también en otras mujeres. Sin embargo, la culminación de la IVE no otorgó “la posibilidad de cerrar el paréntesis y retomar el curso de sus proyectos de vida” que relatan Szwarc y Fernández (2018, 110), porque durante el segundo y tercer trimestre el proceso de transición implica que desaparezcan síntomas como el sangrado, el malestar corporal y la secreción de leche (Purcel 2017). Para algunas mujeres dichos síntomas fueron el recordatorio del aborto que esperaban dejar en el pasado, como sucedió con Fanny:

Entonces digamos que la recuperación fue difícil, porque uno tener una cesárea, el proceso normal de toda mamá. A mí se me llenaron los senos de leche, entonces empezó el proceso de tengo un dolor, tengo una cesárea, pero no tengo bebé. Era como, fue un proceso muy duro. Porque con la niña, igual yo la tuve por cesárea, pero tenía a quién mirar y que se me pasara el dolor. (Fanny, 35 años, residente del municipio donde fue atendida, 20 semanas de embarazo, entrevista con la autora, julio de 2018)

124

■ Como en el caso de Fanny, todas las mujeres proyectaron futuros esperados después de la IVE, entre ellos que el dolor en los senos y la secreción de leche acabaran pronto, o que el aborto fuera descubierto. El efecto de los medicamentos formulados por las EPS fue calificado como lento porque duró entre diez y treinta días, un periodo durante el cual las mujeres con trabajos informales dejaron de recibir ingresos. En contraste, dos mujeres que pudieron comprar medicamentos, por valor de hasta doscientos mil pesos⁶, produjeron leche durante solo tres días. La finalización del sangrado y de la secreción de leche cerró el proceso de aborto exitosamente y marcó el retorno a sus actividades cotidianas. Durante esta etapa, las mujeres desplegaron expectativas de superar lo sucedido o de que las personas no las juzgaran.

Mi papá estaba ese día bravísimo [...] — “Por no coger e irte a colocar una demanda por lo que fuiste a hacer” me dijo. Ese día yo lloré y me acordé de lo que había visto y lo único que le grité a mi papá fue — “Pues si quiere vaya a demandarme, yo tengo un papel que dice que yo tenía derecho, eso no es nada malo, lo que yo fui a hacer” le dije. — “Si quiere vaya y demándeme”, él se quedó callado,

6 El salario mínimo legal vigente en Colombia equivale a 241 dólares y las pastillas cuestan aproximadamente 57 dólares.

pues ya pasó el tiempo y ya no me dijeron nada. (Camila, 19 años, residente de una zona rural, 29 semanas de embarazo, entrevista con la autora, julio de 2018)

Este fragmento refleja el peso de la penalización social del aborto, pues, aunque su familia supo que la EPS la atendió, juzgó negativamente la IVE y se apoyó en que el aborto se mantiene dentro del Código Penal. Ella respondió con la certeza de la información que leyó en el folleto de la IPS privada a donde fue remitida para la ecografía. Finalmente, un año después de la IVE su familia no hablaba del tema y ella se sentía tranquila; sin embargo, en el momento de la entrevista todavía guardaba el documento.

Discusión final

La sentencia C-355 de 2006 ha permitido a muchas mujeres colombianas y migrantes abortar durante el segundo y tercer trimestre de gestación, a través de la figura de IVE, lo cual supone la premisa de la homogenización de los servicios de aborto para aquellas que tengan la certificación de las causales, así provengan de contextos diferentes y tengan historias particulares. Al indagar este panorama, la categoría de la espera me permitió acercarme a la complejidad que ha implicado la despenalización parcial de una práctica que permanece en el Código Penal y a la que cada día acceden más mujeres.

En un primer momento identifiqué hitos dentro de sus trayectorias: ingreso a las EPS y certificación de la causal; espera para la programación de la cita, inicio y culminación de la IVE, y espera después de la IVE. La percepción sobre la espera fue fundamental para comprender que el tránsito por los hitos no se da de manera lineal. Se trata de un asunto que puede inspirar futuros trabajos sobre los recorridos y el proceso del aborto durante el segundo y tercer trimestre.

Durante el primer hito, la falta de certezas sobre el embarazo o la IVE llevó a las mujeres a percibir el tiempo transcurrido, entre salas de espera, ecografías y citas, como un cronómetro que se agotaba (Beynon-Jones 2017; Brack, Rochat y Bernal 2017) y que no contemplaba sus horarios ni necesidades. Además, en sus trayectorias, el ingreso a las IPS o EPS no constituyó una garantía de acceso a la IVE, pues hubo presencia constante de las barreras ya identificadas por Brack, Rochat y Bernal (2017); DePiñeres *et al.* (2017) y González y Castro (2016). Por esta razón, las mujeres con mayor capacidad económica cubrieron los costos de exámenes y medicamentos, a fin de evitar itinerarios institucionales o reducir la espera; sin embargo, el número de semanas gestacionales las hizo volver a las EPS. De esta manera, hubo intentos por reducir los tiempos de espera y conseguir lo que necesitaban. Este desvío de la trayectoria con las EPS fue definitivo para conseguir la IVE, porque fueron informadas o direccionadas internamente.

En contraste, las mujeres del régimen subsidiado y de zonas rurales esperaron más tiempo entre los trámites, desplazamientos y el regreso a sus actividades laborales. Estos hallazgos respaldan la tesis de que la inclusión del aborto en el sistema de salud no ha logrado resolver el marcador tradicional de desigualdad que persiste al

respecto (Brack, Rochat y Bernal 2017; Minsalud y Unfpa 2014; Zamudio, Rubiano y Wartenberg 1999). Simultáneamente, al concentrarme en mujeres que no hacen parte de la capital, en este trabajo ofrezco información sobre el acceso la IVE en el suroccidente del país.

En medio de la incertidumbre, fue determinante la alusión a un futuro (Bear 2014) en el que la institución interrumpía el embarazo o prestaba atención eficaz. Partiendo de Mathur (2014) y Bear (2014), con este artículo argumento que, pese a que las mujeres desconocían la IVE como opción, pensar otros futuros las llevó a insistir en sus solicitudes y a enfrentar al personal de salud para reencauzarse en las trayectorias de aborto. Los hallazgos me llevan a sugerir que la visión tradicional de la espera docilizante (Auyero 2012) puede impedir la identificación y análisis de las acciones que realizan las mujeres para retomar el proceso de IVE, así como la lectura de los conflictos emergentes entre las mujeres que abortan y las EPS.

Entre las mujeres que recibieron atención oportuna durante el diagnóstico del embarazo y la IVE la espera fue percibida como un tiempo a voluntad. Esto reafirma la idea de que la trayectoria de IVE no es lineal: algunas mujeres se alejaron de las instituciones mientras tomaron la decisión y sintieron premura en un hito y no en otros. Es más, después de que las EPS confirmaran la IVE, mujeres que antes percibieron barreras, lamentaron que la cita fuera programada sin preguntarles cuándo podían y quisieron prepararse para el viaje. Esta información puede contribuir a los estudios sobre la espera en contextos institucionales. Primero, porque sucede dentro de la relación con las EPS y segundo, porque las mujeres entrevistadas tomaron decisiones que no afectaron el tiempo de los funcionarios, sino que modificaron sus tiempos gestacionales.

Una vez terminó la carrera por recibir la certificación de la causal, y tuvieron la seguridad de abortar, las mujeres esperaron (Bear 2014) ser tratadas como el resto de los pacientes, incluso con prioridad en los casos de embarazos de alto riesgo, y los conflictos se intensificaron en la medida en que esperaron más tiempo. Esto, sumado a los deficientes suministros y a la desatención o maltrato, las hizo percibir el tiempo de culminación de la IVE como más largo y despertó el fantasma del aborto ilegal. Con lo cual, el ingreso al sistema de salud no logró posicionar la IVE como segura. La sensación de seguridad vino cuando culminó el sangrado de recuperación, pero las críticas a los tiempos de atención se mantuvieron.

Durante el proceso de interrupción, las mujeres mencionaron que el personal médico esperó de ellas un comportamiento ideal de paciencia y que puso en práctica medidas coercitivas para sancionar sus quejas, gritos y movimientos. Esta información aporta al debate sobre la potestad del cuerpo de las mujeres en el aborto (Purcel *et al.* 2017; Rostagnol 2015) y recuerda a Butler (2002), para quien la construcción de lo “normal” exige la producción simultánea de seres abyectos, pues el personal de salud viene atendiendo mujeres desde el 2006 y conoce que experimentan dolor y desesperación. Al respecto, las mujeres que estuvieron solas durante el proceso percibieron el tiempo como más largo y con temor a la muerte. En

contraste, aquellas que estuvieron acompañadas por el personal de salud expresaron tranquilidad, no les pareció que el tiempo de culminación del procedimiento fuera excesivo y agradecieron el trato recibido. Por otra parte, las mujeres que tuvieron cesárea sintieron menos dolor y el tiempo internadas fue percibido como normal. Estas situaciones pueden ser abordadas de manera profunda en investigaciones sobre el cuerpo; la medicalización de la vida sexual y reproductiva de las mujeres, y el aborto.

A lo largo de toda la trayectoria, las mujeres escucharon profesionales sensibles y mujeres feministas, buscaron en internet o leyeron sobre sus derechos, y supusieron que la inclusión de la IVE en el sistema de salud generaba condiciones de aceptación y trato considerado. Entre ellas hubo un intento permanente por garantizar que sus trayectorias pudieran completarse, lo cual las llevó a hacer críticas y comparaciones constantes entre lo que consideraron merecer y lo que recibieron. La información recabada contribuye a visibilizar las experiencias de las mujeres que abortan y puede incentivar a estudiar la influencia de las mujeres activistas y de las IPS, como garantes de los derechos sexuales y reproductivos, así como la construcción de futuros. Además, el análisis establece puntos de contacto con la apropiación subjetiva de los derechos y la calidad del servicio de instituciones públicas de salud, conceptos que no fueron incorporados dentro del estudio de las temporalidades, pero que abren nuevos caminos para próximos trabajos.

Finalmente, el ingreso de la IVE al sistema de salud y los protocolos no ofrecieron a las mujeres la certeza de que pudieran acceder al procedimiento. Sin embargo, en las trayectorias descritas las esperas no fueron pasivas. Ante las expresiones “espere” o “tiene que esperar”, las mujeres gestionaron recursos, desplegaron expectativas y entablaron disputas con las instituciones. Lo anterior invita pensar en la institucionalidad e institucionalización de una práctica estigmatizada y, por ende, inmersa en situaciones de violencia y abuso de autoridad. Una visión amplia de la espera, como la que acá se propone, podría contribuir a implementar espacios de diálogo y concertación entre los tiempos de las mujeres y los de las instituciones.

Referencias

1. Amuchástegui, Ana. 2013. “La experiencia del aborto en tres actos: cuerpo sexual, cuerpo fértil y cuerpo del aborto”. En *Los archivos del cuerpo. ¿Cómo estudiar el cuerpo?*, coordinado por Rodrigo Parrini, 267-292. Ciudad de México: PUEG.
2. Auyero, Javier. 2012. *Patients of the State. The Politics of Waiting in Argentina*. Durham y Londres: Duke University Press.
3. Baum, Sara, Teresa DePiñeres y Daniel Grossman. 2015. “Delays and Barriers to Care in Colombia among Women Obtaining Legal First —and Second— Trimester Abortion”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 131 (3): 285-288.
4. Bear, Laura. 2014. “Doubt, Conflict, Mediation: The Anthropology of Modern Time”. *Journal of the Royal Anthropological Institute* 20: 3-30. <https://doi.org/10.1111/1467-9655.12091>

5. Beynon-Jones, Siân M. 2017. "Gestating Times: Women's Accounts of the Temporalities of Pregnancies that End in Abortion in England". *Sociology of Health and Illness* 39: 832-846. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12522>
6. Beynon-Jones, Siân M. 2012. "Timing is everything: The Demarcation of 'Later' Abortions in Scotland". *Social Studies of Science* 42 (1): 53-74. <https://doi.org/10.1177/0306312711426596>
7. Brack Chelsey E., Roger W. RoCHAT y Oscar A. Bernal. 2017. "It's a Race against the Clock: A Qualitative Analysis of Barriers to Legal Abortion in Bogotá, Colombia". *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 43 (4): 173-182. <https://doi.org/10.1363/43e5317>
8. Butler, Judith. 2002. *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "Sexo"*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
9. Chaneton, July y Nayla Vacarezza. 2011. *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*. Buenos Aires: Marea.
10. Comes, Yamila y Alicia Stolkiner. 2005. "Si pudiera pagaría: estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales". *Anuario de Investigaciones* 12 (2015): 137-143. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139941013>
11. DePiñeres Teresa, Sarah Raifman, Margoth Mora, Cristina Villarreal, Diana Greene Foster y Caitlin Gerdts. 2017. "I Felt the World Crash Down on Me': Women's Experiences Being Denied Legal Abortion in Colombia". *Reprod Health* 14 (133). <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0391-5>
12. Erdman, Joana. 2017. "Theorizing Time in Abortion Law and Human Rights". *Health and Human Rights Journal* 19 (1): 29-40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5473036/>
13. Ferreira da Costa, Lúcia de Lourdes, Ellen Hardy, María José Duarte y Anibal Faundesd. 2005. "Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality Incompatible with Life: Women's Experiences in Brazil". *Reprod Health Matters* 13 (26): 139-46. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(05\)26198-0](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(05)26198-0)
14. Finer, Lawrence B., Lori F. Frohwirth, Lindsay A. Dauphinee, Susheela Singh y Ann M. Moore. 2006. "Timing of Steps and Reasons for Delays in Obtaining Abortions in the United States". *Contraception* 74 (4): 334-344. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2006.04.010>
15. Franklin, Sarah. 2014. "Rethinking Reproductive Politics in Time, and Time in UK Reproductive Politics: 1978-2008". *The Journal of the Royal Anthropological Institute* (N. S.): 109-125. <http://sarahfranklin.com/wp-content/files/Franklin-Reproductive-Politics-in-Time-2014.pdf>
16. Gentil, Katie. 2014. "Exploring the Troubling Temporalities Produced by Fetal Personhood. *Psychoanalysis*". *Culture & Society* 19: 279-296. <https://doi.org/10.1057/pcs.2014.22>
17. Graham, Ruth, Kristen Manson, Judith Rankin y Stephen Robson. 2008. "The Role of Feticide in the Context of Late Termination of Pregnancy: A Qualitative Study of Health Professionals' and Parents' Views". *Prenatal Diagnosis* 29 (9): 875-881. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pd.2297>

18. González Vélez, Ana Cristina y Carolina Melo Arévalo, eds. 2019. *Causa Justa. Argumentos para el debate sobre la despenalización total del aborto en Colombia*. Bogotá: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
19. González Vélez, Ana Cristina, Carolina Melo Arévalo y Juliana Martínez Londoño. 2019. “Eliminating Abortion from Criminal Law in Colombia: A Just Cause”. *Health and Human Rights Journal* 21 (2): 85-96. <https://www.hhrjournal.org/2019/12/eliminating-abortion-from-criminal-law-in-colombia-a-just-cause/>
20. González Vélez, Ana Cristina y Laura Castro. 2016. *Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia*. Bogotá: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/996/Barreras_IVE_vf_WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Ingham, Roger, Ellie Lee, Steve Joanne Clements y Nicole Stone. 2008. “Reasons for Second Trimester Abortions in England and Wales”. *Reproductive Health Matters* 16 (31): 18-29. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(08\)31375-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31375-5)
22. Ivry, Tsipy. 2009. “The Ultrasonic Picture Show and the Politics of Threatened Life”. *Medical Anthropology Quarterly* 23 (3): 189-211. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2009.01056.x>
23. Jones, Rachel K. y Lawrence B. Finer. 2012. “Who Has Second-Trimester Abortions in the United States?” *Contraception* 85 (6): 544-551. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.10.012>
24. Lafarge, Caroline, Kathryn Mitchell y Pauline Fox. 2014. “Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality: A Meta-Ethnography of Women’s Experiences”. *Reproductive Health Matters* 22 (44): 191-201. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)44799-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(14)44799-2)
25. Lafaurie, María Mercedes, Daniel Grossman, Erika Troncoso, Deborah L. Billings y Susana Chávez. 2005. “Women’s Perspectives on Medical Abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: A Qualitative Study”. *Reproductive Health Matters* 13 (26): 75-83. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(05\)26199-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(05)26199-2)
26. Laza, Celmira y Ruth Castiblanco. 2017. “Percepción del aborto: voces de los médicos en el Hospital de San José (Bogotá)”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 35 (1): 71-78. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n1a08>
27. Leichtenritt, Ronit D. 2011. “Silenced Voices: Israeli Mothers’ Experience of Feticide”. *Social Science and Medicine* 72 (5): 747-754. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.021>
28. Mathur, Nayanika. 2014. “The Reign of Terror of the Big Cat: Bureaucracy and the Mediation of Social Times in the Indian Himalaya”. *Journal of the Royal Anthropological Institute* 20: 148-165. <https://doi.org/10.1111/1467-9655.12098>
29. Minsalud (Ministerio de Salud y Protección Social) y Profamilia. 2017. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2015*. Bogotá: Minsalud y Profamilia.
30. Minsalud (Ministerio de Salud y Protección Social) y Unfpa. 2014. *Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas*. Bogotá D. C. <https://colombia.unfpa.org/es/publications/determinantes-del-aborto-inseguro-y-barreras-de-acceso-para-la-atenci%C3%B3n-de-la>
31. Ortega, Julián, María Victoria Tiseyra, Santiago Morcillo y Marine Gálvez. 2017. “(Im)pacientes trans en hospitales públicos de buenos Aires. La experiencia de la espera

- y la accesibilidad en contextos de estigmatización”. *Vivência. Revista de Antropología* 49: 239-252. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/69159/CONICET_Digital_Nro.df25dd42-f4a2-427a-abb7-83942492d379_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
32. Ortiz, Juliette. 2016. *Culpa, angustia e intimidación. El impacto de las manifestaciones anti-aborto en las usuarias de Oriéntame*. Bogotá: Fundación Oriéntame.
 33. Packer, Martin J. 2013. *La ciencia de la investigación cualitativa*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
 34. Pecheny, Mario. 2017. “Introducción”. En *Esperar y hacer esperar. Escenas y experiencias en salud, dinero y amor*, editado por Mario Pecheny y Mariana Palumbo: 13-36. Buenos Aires: Teseopress.
 35. Petchesky Rosalind Pollack. 1987. “The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction” *Feminist Studies* 13 (2): 263-292. <https://doi.org/10.2307/3177802>
 36. Petracci, Mónica, Mario Pecheny, Marina Mattioli y Alejandro Capriati. 2012. “El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires”. *Sexualidad, Salud y Sociedad* 12: 164-197. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872012000600008>
 37. Petracci, Mónica, Mariana Romero y Silvina Ramos. 2002. *Calidad de la atención percibida: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención del cáncer cérvico-uterino*. Buenos Aires: Cedes. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3671>
 38. Prada, Elena, Susheela Singh, Lisa Remez y Cristina Villarreal. 2011. *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias*. Nueva York: Guttmacher Institute.
 39. Profamilia. 2019. *Informe de gestión 2018*. Bogotá: Profamilia. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/06/Profamilia-informe-gestion-2018.pdf>
 40. Purcell, Carrie, Audrey Brown, Catriona Melville y Lisa M. McDaid. 2017. “Women’s Embodied Experiences of Second Trimester Medical Abortion”. *Feminism & Psychology* 27 (2): 163-185. <https://doi.org/10.1177/0959353517692606>
 41. Ramón Michel, Agustina y Mercedes Cavallo. 2018. “El principio de legalidad y las regulaciones de aborto basadas en los médicos”. En *El aborto en América Latina. estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrenar las resistencias conservadoras*, editado por Paola Bergallo, Isabel Cristina Jaramillo Sierra y Juan Marco Vaggione, 31-56. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
 42. Rostagnol, Susana. 2015. “Los cuerpos del aborto”. *Revista Venezolana de Estudios de La Mujer* 20 (44): 163-75.
 43. Rowlands, Sam y Kevin Thomas. 2020. “Mandatory Waiting Periods before Abortion and Sterilization: Theory and Practice”. *International Journal of Women’s Health* 12: 577-586. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S257178>
 44. Scribano, Adriano. 2010. “Primero hay que saber sufrir...!!! Hacia una sociología de la ‘espera’ como mecanismo de soportabilidad social”. En *Sensibilidades en juego: miradas múltiples desde los estudios sociales de los cuerpos y las emociones*, editado por Adriano Scribano y Pedro Listero, 169-192. Córdoba: CEA-Conicet.
 45. Serna, Botero, Sonia, Rosbelinda Cárdenas y Nina Zamberlin. 2019. “¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia”. *Sexualidad, Salud y Sociedad* 33: 137-57. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.08.a>

46. Szulik, Dalia y Lucila Szwarc. 2015. “‘Era una bomba de tiempo’: el derrotero de la morbilidad materna severa en el Área Metropolitana de Buenos Aires”. *Salud Colectiva* 11 (4): 553-564. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.795>
47. Szwarc, Lucila y Sandra Salomé Fernández Vázquez. 2018. “Lo quería hacer rápido, lo quería hacer ya’: tiempos e intervalos durante el proceso de aborto”. *Sexualidad, Salud y Sociedad* 28: 90-115. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.28.06.a>
48. Tamayo Muñoz, Juliana, Clara María Restrepo Moreno, Laura Gil y Ana Cristina González Vélez. 2015. *Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia*. Bogotá: Grupo Médico por el Derecho a Decidir.
49. Valles, Miguel. 1999. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Síntesis.
50. Vivas, Mercedes, Salomé Valencia y Ana Cristina González Vélez. 2016. *El estigma en la prestación de servicios de aborto: características y consecuencias. Hacia la protección de los profesionales de la salud*. Bogotá: Grupo Médico por el Derecho a Decidir.
51. Viveros Vigoya, Mara y Ángela Facundo Navia. 2012. “El lugar de las masculinidades en la decisión del aborto”. *Sexualidad, Salud y Sociedad* 12: 135-163. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872012000600007>
52. Zamberlin, Nina y Sandra Raiher. 2010. *Revisión del conocimiento disponible sobre experiencias de las mujeres con el uso del misoprostol en América Latina*. Argentina: Clacai – Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro Cedes – Centro de Estudios de Estado y Sociedad. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/25>
53. Zamudio, Lucero, Norma Rubiano y Lucy Wartenberg. 1999. “El aborto inducido en Colombia: Características Demográficas y Socioculturales”. En *El Aborto inducido en Colombia*, editado por Lucero Zamudio, Norma Rubiano y Lucy Watenberg, 15-159. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.