

# Conocimientos, creencias y actitudes de los profesionales\* de la salud de los servicios de obstetricia de hospitales generales de la CABA, respecto del modelo de causales para la realización de abortos no punibles



**Karina Cammarota**

Lic. y Prof. en Psicología (UBA)  
Diplomada en gestión integral de políticas, programas y servicios en salud sexual y reproductiva, (ISALUD-CEDES)  
Ex residente y jefa de residentes del HGA T Alvarez, CABA



**Claudia Teodori**

Socióloga (UBA)  
Magíster en Epidemiología Gestión y Políticas de Salud (UNLa)  
Investigadora Programa Antropología y Salud FFyL (UBA)

El presente trabajo es el resumen del proyecto de investigación homónimo, financiado por la Universidad Isalud a través de la convocatoria de Becas Mario Gonzalez Astorquiza 2015/6. El documento completo se encuentra disponible en la Biblioteca de la Universidad ISALUD.

\* El presente artículo utilizará el género masculino para facilitar la lectura aunque se trata de un estudio con clara perspectiva de género.

## 1. Introducción

El Programa de Acción definido en El Cairo en 1994 incluye entre sus recomendaciones facilitar el acceso al aborto dentro de lo establecido en las respectivas leyes de los países firmantes. Estas recomendaciones fueron ratificadas en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995. Se reconoce la importancia del aborto como un problema de salud pública en tanto el aborto inseguro, en nuestro país, constituye una de las primeras causas obstétricas directas de muerte materna con una tendencia estancada, variando muy poco la estructura de causas en estas últimas dos décadas (Abalos, Ramos y Romero, 2008). Estas muertes ocurren principalmente entre mujeres pobres y de escasos recursos (Bergallo, y otros, 2009). Ante esta situación resulta indispensable explorar los factores que pueden ser un obstáculo o un facilitador al acceso de las mujeres a la interrupción legal del embarazo definiendo preguntas a nivel del rol del Estado, la posición del sistema de salud, y de los profesionales de la Salud, y empleados administrativos que desempeñan sus tareas en el ámbito público.

El presente trabajo apunta a indagar conocimientos, creencias y actitudes de los profesionales de la salud sobre el modelo de causales en torno al aborto no punible (ANP)<sup>1</sup>.

El problema de investigación que orienta el trabajo puede resumirse en el siguiente interrogante: ¿Cuáles son los conocimientos,

<sup>1</sup> Se utilizará la denominación de aborto no punible (ANP) aunque las autoras consideran que podría usarse el término interrupción legal del embarazo (ILE) dado que las causales contempladas en la legislación hacen que la práctica, para la normativa vigente, sea legal. Esta será retomada a la luz de los resultados del presente.

creencias y actitudes que construyen y expresan los profesionales de la salud de diferentes hospitales generales de CABA, respecto del modelo de causales (para la interrupción del embarazo) que rige en nuestro país y su aplicación?

La razón por la cual consideramos este interrogante como un problema relevante, se centra en que los conocimientos, las creencias y actitudes de los profesionales, en referencia al modelo de causales, puede llegar a constituir un facilitador o un obstáculo para el acceso de las mujeres a la práctica del aborto.

En la legislación argentina el aborto es punible, excepto cuando está contemplado en las causales de no punibilidad. El Código Penal establece cuáles son las circunstancias en las que el aborto no es punible; pero de muchas maneras este amparo legal es cercenado (Maffía, 2006). Aparecen resistencias representadas por el desconocimiento, o conocimientos erróneos del modelo de causales, falta de protocolización y unificación de los procedimientos que derivan en la burocratización y medicalización del acceso de las mujeres al ANP.

Cuando una mujer se dirige a un profesional de la salud solicitando ayuda y su intervención, es menester que sean preservados el derecho a la salud, a la información, a la autonomía de las mujeres, de modo que la exigencia de dictámenes de otros profesionales puede resultar un requisito obstaculizador, sin conexión con las necesidades de la mujer. Dicho requerimiento viola el derecho a la igualdad y a la equidad, a la vez que supone, por parte del Estado representado en la institución hospitalaria, un ejercicio abusivo en su facultad de regulación. Ciertos requisitos se traducen en procesos burocráticos que dilatan el acceso a la interrupción legal del embarazo y “que incluso pueden derivar en una prohibición implícita del aborto” (Bergallo, 2009).

Como antecedente de esta investigación citamos un trabajo anterior, realizado para el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) en el que efectuamos entrevistas a profesionales de la salud de distintos hospitales de CABA y el gran Buenos Aires sobre la temática (Cammarota y Teodori, 2014).

Dicha investigación tuvo el objeto de alcanzar una aproximación a un campo tan complejo como es la violencia sexual y su articulación a la práctica del ANP. El estudio, de carácter exploratorio descriptivo, se valió de metodología cualitativa. En primer lugar se realizó un mapeo de los servicios hospitalarios que trabajan en el área de violencia de género y sexual en CABA y de efectores hospitalarios que brindaran o pudieran brindar servicios de aborto legal. De las entrevistas realizadas a más de 16 profesionales, se desprendieron dificultades en la aplicación de modelo de causales, siendo más aceptadas algunas de las causales para la realización de los ANP. En ocasiones, se plantearon límites, en términos de semanas de gestación, que no responden al marco regulatorio Argentino.

En los servicios, se reconocía con mayor facilidad la pertinencia de la interrupción del embarazo en casos de riesgo de salud de la mujer o inviabilidad del feto. A su vez, se observaban ciertos acuerdos respecto a practicar un ANP en casos de violación de una menor o de una mujer discapacitada.

En los relatos de los entrevistados, aparecían referencias a sensación de soledad de los profesionales que realizan ANP y temores a ser estigmatizados por sus propios colegas. Respecto a las mujeres, ellas deben contar con la información necesaria para tomar decisiones informadas que les permita manejar de manera autónoma su cuerpo y su salud. Así, para que puedan tomar decisiones en forma autónoma se requiere ausencia de coerción, libre elección a partir sus propios valores y creencias pero fundamentalmente se debe disponer de opciones reales.

La toma de conciencia del poder que los profesionales ejercen en el dispositivo asistencial, supone un necesario desplazamiento de ese lugar de autoridad hacia una orientación clara sobre las distintas causales que podrían aplicarse en cada situación. Ello implica poner en el centro de la escena la voz de las mujeres que consultan. De este modo es la mujer quien mide el riesgo que está dispuesta a correr y el rol de los profesionales será el de acompañar una decisión informada. Dicho acompañamiento, en tanto red social de apoyo, se conforma en el seno de una institución (Erviti, 2005). En este sentido, aspectos de la cultura organizacional en juego serán tenidos en cuenta a la hora de visualizar la conformación de los conocimientos, creencias y actitudes de los profesionales. Como estos perciben y se perciben respecto de la tarea, define cuestiones en relación a la eficiencia y a la flexibilidad dentro de la institución que integran. La cultura de una institución de salud “es un sistema de conocimientos profesionales, expectativas, creencias y supuestos inconscientes”, visibles o no para el equipo de trabajo, “fuertemente influidos por la estructura, la tecnología y el ambiente laboral” (Carrada Bravo, 2002).

## 2. Marco conceptual

En 1920, en nuestro país, se produce una innovación en materia jurídica respecto a la penalización del aborto. Se cambia la posición conservadora que se mantenía desde 1887, para actualizarla según la tendencia mundial sobre el tema. Las modificaciones puntuales en los incisos 1° y 2° del artículo 86 marcaron un cambio trascendental en la legislación sobre el aborto pero también dieron lugar a un debate que se extiende hasta el día de hoy, motivado por las interpretaciones que se produjeron al incluir estas salvedades a la penalización (Soria, 2009).

Durante fines del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX el mundo se vio influenciado por las ideas eugenésicas. Se sostenía que el hombre debía interceder a favor del desarrollo de los buenos representantes de la raza y limitar el crecimiento de aquellos que se consideraban indeseables y contribuían a su debilitamiento. Dentro de las medidas tomadas se llevó a cabo la creación de marcos legales que permitieron un control minucioso de la población a fin de detectar personas con estigmas indeseables. La Argentina no fue ajena a ese proceso y muchos autores señalan que estos elementos están en la base del modelo de permisos para el aborto en el país.

En la legislación argentina el aborto es punible, excepto cuando está contemplado en las causales de no punibilidad. El Código Pe-

nal establece cuáles son las circunstancias en las que el aborto no es punible; pero de muchas maneras este amparo legal es cercenado (Maffia, 2006). Aparecen resistencias representadas por el desconocimiento, o conocimientos erróneos del modelo de causales, falta de protocolización y unificación de los procedimientos que derivan en la burocratización y medicalización del acceso de las mujeres al ANP.

El artículo 86 del Código Penal, de 1922, establece que: "...El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

1º) Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios;

2º) Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.

En la actualidad, es posible distinguir dos sistemas de regulación del aborto. El sistema de indicaciones o causales; y el sistema de plazos, que supone el aborto libre hasta que se llega a un momento determinado de la gestación (que suele fijarse en las doce primeras semanas del embarazo). Estos dos modelos han sido producto de la construcción en torno al aborto, y de su inserción o no dentro de los procesos de medicalización. Argentina se acogió a un modelo de causales que constituye un instrumento para operacionalizar las circunstancias que el código establece como abortos no punibles. En este sentido, parecería que se trata de probar o justificar la "no punibilidad".

El modelo de permisión por causales incorpora ciertos supuestos en donde se admite el aborto: CAUSAL SALUD (peligro para la vida y la salud de la mujer) y CAUSAL VIOLACION. Las causales comparten cuestiones en torno a su interpretación, en tanto valoran el riesgo en juego para las mujeres<sup>2</sup>.

Respecto de la causal salud se requiere la constatación del riesgo en las dimensiones bio-psico-social de la salud, teniendo en cuenta que las mismas son interdependientes. A fin de interpretar las dimensiones de la salud, el modelo tiene en cuenta factores de vulnerabilidad, precipitación y consolidación.

Para la causal violación resulta necesario precisar que se entiende por violación y que se incluye en ella (violación de menores, violación por parte de desconocidos, violación marital o de ex-parejas, etc.) (González Vélez, 2011) (Bergallo y González Vélez, 2012).

La operacionalización de las causales en tanto orientación de las situaciones en que podrían aplicarse, se encuentra en relación directa a la accesibilidad de las mujeres al ANP. Son los profesionales de la salud los que utilizan este modelo y con la interpretación que hacen de las de las causales, deciden el acceso al ANP. En esta coyuntura entran en juego los conocimientos que tengan los profesionales, las creencias en torno al tema y las actitudes frente al modelo de causales. Las creencias son estructuras estables que dependen de variables sociales, individuales, históricas y ecológicas, teniendo una lógica y coherencia interna que organiza enun-

2 Cabe aclarar que ambas causales pueden coexistir.

ciados no verificados (Jodelet, 1990). Son parte del conocimiento, aunque éste se diferencia de las creencias por su carácter verificable. Las actitudes se relacionan con las predisposiciones, connotan un estado subjetivo o mental de preparación para la acción, teniendo componentes valorativos, y fundándose en un sistema de conocimientos compartidos (Allport, 1970). No son la conducta del sujeto sino las construcciones teóricas de un sujeto frente a una situación. En base a los criterios que los profesionales adoptan, se establecen ciertos requisitos que pueden traducirse en procesos burocráticos que dilatan el acceso a la interrupción legal del embarazo y "que incluso pueden derivar en una prohibición implícita del aborto" (Bergallo, 2009).

Con el objetivo de terminar con la confusión en la interpretación del artículo 86 del Código Penal y priorizar la atención a las mujeres, en nuestro país, se presentó en 2010, frente a organismos internacionales de DDHH una actualización de la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no Punibles, con el compromiso de que la misma tendría carácter de resolución ministerial. Sin embargo, una vez presentada la guía, el ministro de Salud, no firmó la resolución quitándole fuerza a esa herramienta útil para evitar dilatar las urgencias de mujeres. De todos modos, la guía sigue vigente y su amplia interpretación del artículo 86 insta a tomar en cuenta el riesgo para la salud de la mujer gestante (igual que en la guía 2007), reconocer el derecho de cualquier mujer violada –sin necesidad de denuncia policial sino mediante declaración jurada– a acceder a un aborto seguro y gratuito y la protección de las adolescentes para reclamar su derecho a abortar –siempre en caso de violación– sin autorización de padres o madre.

Como práctica hegemónica, el sistema de salud tendía a derivar las decisiones a otras instancias, por ejemplo la judicial, violando de esta manera los DDHH de las mujeres. En las instituciones hospitalarias, diferentes actores, pueden operar en el mismo sentido. Los comités de bioética (compuestos por personal médico, abogados, psicólogos, trabajadores sociales, religiosos) muchas veces traban la realización de abortos no punibles.

El 13 de marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) falló sobre el alcance del permiso para abortar en casos de violación<sup>3</sup>. La Corte encontró imperioso establecer una solución ante la situación de inaccesibilidad sistemática a los abortos no punibles. Así, realizó exhortaciones concretas al poder político en materia de protocolos, asistencia a las víctimas de violencia sexual, capacitaciones a funcionarios públicos respecto de los alcances del fallo y campañas de difusión.

La Ciudad de Buenos Aires contaba, desde 2007, con la Resolución 1174/2007 que estipulaba un protocolo restrictivo para acceder al aborto no punible. Luego del fallo de la CSJN se pusieron en mar-

3 Fallo caso FAL. El caso había sido previamente decidido el 8 de marzo de 2010, por el Superior Tribunal de Justicia de la Provincia de Chubut. La Corte fundó la primera parte de la sentencia relativa a la constitucionalidad del art. 86 del Código Penal -y de la interpretación amplia de su inciso 2. Respecto de la judicialización sistemática y muy frecuente de los casos de aborto permitidos por la ley, la Corte manifestó que se trata de una práctica innecesaria e ilegal, porque obliga a las mujeres a exponer públicamente su vida privada y trae aparejada una demora que pone en riesgo tanto el derecho a la salud, como su derecho al acceso a la interrupción del embarazo de forma segura

cha dos procesos distintos y paralelos para la sanción de un nuevo protocolo: un proceso ministerial y otro legislativo<sup>4</sup>.

Respecto de la **objeción de conciencia** su regulación es imprecisa, ya que se estipula el alcance del derecho de los profesionales pero, no así el derecho de las mujeres. No se abordan los supuestos en que no es lícito el ejercicio de la objeción de conciencia (tales como situaciones de urgencia y/o cuando no haya otro profesional disponible para realizar la práctica).

El 28 de septiembre de 2012, la legislatura porteña sancionó la Ley 4.318, para la atención de los abortos no punibles que se correspondía con el fallo de la CSJN. Entre los aciertos de la ley encontramos que concibe la protección de la salud de la mujer de forma integral, tal y como lo entiende el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Organización Mundial de la Salud, y en consonancia con la interpretación del concepto de salud aplicado por la jurisprudencia. La constatación del peligro para la vida o para la salud integral de la mujer debe realizarla el profesional interviniente. Sin embargo, el Jefe de Gobierno de la Ciudad vetó la ley, mediante el Decreto 504/2012, alegando que excedía lo dispuesto por la CSJN. (Asociación por los Derechos Civiles, 2015).<sup>5</sup>

4 El 4 de septiembre de 2012, en la Comisión de Salud de la Legislatura porteña, se discutieron proyectos de ley de los distintos bloques, con el objetivo de implementar sanitariamente el acceso al aborto no punible a través de un protocolo. Sin embargo, no se llegó a un acuerdo para firmar un dictamen de mayoría que aprobara una regulación. El 6 de septiembre de 2012, el ministro de salud Jorge Lemus firmó la Resolución ministerial 1252/201258 que estableció un protocolo de atención al aborto no punible que prevé varios requisitos que pueden operar como barreras de acceso al aborto no punible. Este protocolo tiene algunos aspectos que se correspondían con lo dispuesto con la Corte. Por ejemplo, exigía sólo la declaración jurada de la mujer violada. Sin embargo, establecía requisitos que podían obstruir seriamente el acceso al aborto no punible. En primer lugar, exigía la intervención obligatoria de un equipo interdisciplinario en el proceso y que el director/a de la institución de salud, donde se realizase la práctica, confirmara el diagnóstico y la procedencia del aborto. Dicho protocolo no reconocía el consentimiento informado de niñas y adolescentes de entre 14 y 18 años de edad y exigía que, en su lugar lo otorguen sus representantes legales. En la misma línea, tampoco reconocía el consentimiento informado de mujeres con discapacidad intelectual o psico-social. En relación a la causal salud, habilitaba la práctica solo en casos de "gravidez", agregando un requisito que no surge del art. 86.1 CP. Además, establecía un límite gestacional de 12 semanas, para los casos de violación.

5 En septiembre de 2012, María Rachid (legisladora) y el abogado Andrés Gil Domínguez, interpusieron una acción de amparo solicitando se declare la inconstitucionalidad de varios artículos de la Resolución 1252/2012 y el dictado de una medida cautelar que los dejara sin efecto. También solicitaron que se declare la inconstitucionalidad del decreto del Jefe de Gobierno porteño que vetó la Ley 4.318. El 8 de diciembre de 2012, la jueza López Vergara, la jueza estableció que "[l]os profesionales médicos, ante la solicitud concreta de una práctica de aborto no punible, deberán adecuar su conducta en los establecimientos hospitalarios conforme las pautas que se establecen a continuación: "a) No se recabará la intervención previa del equipo interdisciplinario dispuesta en el artículo 2 del anexo I de la resolución en cuestión, ni la confirmación del diagnóstico por parte del Director del Hospital en los casos del artículo 86 inc. 1 del código penal como lo establece el artículo 9 del anexo I. b) Se le requerirá al menor adulto a partir de los 14 años que exprese su propio consentimiento informado, y en tales casos no será necesario el consentimiento de su representante legal. c) La limitación temporal contemplada en el artículo 17 del anexo I, en los casos previstos en el artículo 86 inciso 2 del código penal, será la que establezca el médico tratante con fundamento en su pericia médica quirúrgica, según su saber y entender. d) Se deja sin efecto lo dispuesto en el artículo 19 del anexo I de la resolución nº 1252/2012, en torno a la objeción de conciencia. Los profesionales de la Salud deberán ejercer su derecho objeción de conciencia dentro de los treinta (30) días de notificada la presente al GCBA, o al momento de comenzar a prestar servicios en un efector de salud, lo que ocurra primero".

En el contexto antes descrito, existen consejerías destinadas específicamente a la prevención del aborto inseguro, las que frente a la emergencia de embarazos no aceptados, brindan orientación en opciones a fin de proteger la salud de las mujeres. Orientadas por el concepto de reducción de daños y riesgos, apuntan a evitar o reducir la exposición a un aborto inseguro por parte de mujeres que no aceptan su embarazo y buscan desalentar prácticas riesgosas e informar sobre los métodos más confiables para la interrupción de un embarazo en un contexto legal restrictivo<sup>6</sup>.

### 3. Objetivos y metodología

El objetivo principal es la indagación sobre los conocimientos, creencias y actitudes que construyen y expresan los profesionales de los servicios de obstetricia de los hospitales generales de agudos de CABA, respecto del modelo de causales para la realización de abortos no punibles.

Este objetivo general se logró a partir del cumplimiento de los siguientes objetivos específicos:

- Identificar elementos de la cultura Institucional y el lugar que ésta toma ante pedidos de realización de abortos previstos por ley.
- Conocer las percepciones de los profesionales respecto a las prácticas que se realizan en su servicio.
- Identificar cuáles son las creencias y las actitudes que facilitan y las que obstaculizan la realización de abortos legales en el ámbito de la salud pública.

El enfoque metodológico del estudio es exploratorio descriptivo y se realizó en dos etapas. La primera implicó la realización de entrevistas semiestructuradas con jefes/as de servicios de obstetricia de 4 hospitales generales. Se utilizó la técnica de entrevista individual caracterizada por la existencia de una pauta o estructura con posibilidades de apertura por el tipo de preguntas. A partir de la entrevista se obtuvo información de "cómo los sujetos diversos actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales" (Alonso, 1998), de modo tal que la entrevista "no se sitúa en el campo puro de la conducta —el orden del hacer—, ni en el lugar puro de lo lingüístico —el orden del decir—, sino en un campo intermedio en el decir del hacer" (Alonso, 1998). Esto implica hablar con los interlocutores no sólo de lo que hacen y de lo que son, sino más bien, de lo que creen hacer y ser.

En la segunda etapa se aplicaron encuestas auto administradas entre los profesionales de un servicio de obstetricia. El universo de estudio incluyó profesionales toco ginecólogos, y licenciados/as en obstetricia de los servicios de obstetricia de HGA del Gobierno de la CABA, representados por profesionales de 4 hospitales, elegidos al azar pero teniendo en cuenta la factibilidad de realizar las entrevistas proyectadas.

6 En julio de 2015 el Comité de Derechos Humanos de la ONU, en sus Observaciones sobre la Argentina indicó que el Estado, s estándares internacionales, "debe revisar el 'caso de Belén' (presa en Tucumán desde 2013 acusada de homicidio agravado por el vínculo por sufrir un aborto espontáneo). Se recomienda su inmediata liberación, y a partir de este caso, considerar la descriminalización del aborto" (Amnistía, 2016).

Las entrevistas con las/los jefes/as de obstetricia mantienen normas que resguardan la estricta confidencialidad. En las encuestas, la participación de los profesionales fue anónima y voluntaria no ejerciéndose presión ni estímulo para que se responda la encuesta. La encuesta fue auto administrada asumiendo que la lectura de la encuesta y su llenado aseguraban el consentimiento informado. Se garantizó que los datos obtenidos a partir de la investigación serían utilizados exclusivamente para fines de estudio y que se resguardaría la identidad de los participantes. En el presente artículo los resultados de la investigación son presentados de manera agregada razón por la cual los datos no pueden relacionarse directamente con las instituciones participantes.

## 4. Resultados

Como primer punto debemos relatar que el proceso de trabajo estuvo plagado por numerosos obstáculos. El primero, ligado a la obtención de la autorización del protocolo por parte del Comité de Bioética, que exigió realizar cambios de terminología en el texto del proyecto y en las herramientas de recolección de datos.

En uno de los establecimientos se facilitaron los contactos con responsables de otros efectores para la realización de las entrevistas. Se contactó a los mismos y se acordaron reuniones para concretar las entrevistas. En los casos en que pudieron efectuarse, se propuso a los entrevistados la aplicación de las encuestas al resto del servicio.

En un caso se plantearon dificultades institucionales y solicitudes de aprobación por parte de otras áreas del efector. En otros casos, se distribuyeron las copias a los responsables para que las circularan entre el personal a su cargo. En algunos de los entrevistados se observó cierta reticencia.

En un caso, se llegaron a completar 28 encuestas. En otro caso se estima que 20 encuestas fueron llenadas pero no pudieron ser recuperadas por las investigadoras debido a que se extraviaron en el servicio.

En un tercer servicio se demoró su aplicación y se hizo poco viable la obtención del material previsto por una cuestión de tiempos. De esta manera se redujo el número preestablecido de profesionales encuestados pero no así el de efectores participantes.

Entendemos que el cumulo de dificultades está ligado al carácter complejo y controversial que comporta el tema del aborto en relación a sus implicancias en los servicios de salud.

De los cuatro entrevistados tres eran mujeres, y todos tenían responsabilidad jerárquica en la institución con una edad de entre 50 y 60 años. Todos casados, con hijos y más de 30 años de profesión como toco ginecólogos.

En todos los hospitales generales en que se realizaron las entrevistas, se practican ANP en el área de en Obstetricia, dentro del departamento materno infantil. En tres de los 4 hospitales la totalidad de los profesionales del servicio de ginecología (que no depende de ese departamento sino de cirugía) son objetores. Así la práctica del ANP se encuentra inscripta en el área de las maternidades de estas instituciones.

Los servicios involucrados cuentan con guardia, consultorios externos e internación. Algunos disponen de consejerías pre y post-aborto y otros de un consultorio de salud sexual y reproductiva que orienta a las mujeres en diferentes temáticas, entre ellas el aborto. Los profesionales que se desempeñan en los servicios son: obstetras, toco ginecólogos, obstétricas, enfermeros, y técnicos. Un entrevistado mencionó a un abogado en la composición del servicio.

El punto de partida de capacitaciones y puesta en marcha de la práctica de ANP para 3 efectores se ubica en el movimiento a nivel de políticas públicas en salud. Solo un efector plantea acciones un antes de "la ley". Todos manifiestan conocer el modelo de causales que rige en Argentina para la realización de ANP.

En promedio registran un total de 30 ANP anuales, siendo bastante inferior el número de ANP que refiere uno de los hospitales. Respecto al perfil de las mujeres, sostienen que son jóvenes pero no adolescentes. Afirman que las mujeres llegan derivadas de otros efectores o desde el primer nivel de atención (centros de salud que dependen del propio hospital), de otros servicios del mismo hospital y ONGs. Sólo en un caso el entrevistado refirió que llegaban por "el boca a boca".

Comentan que en general llegan por el dispositivo de las consejerías "(...) ninguna mujer golpea la puerta y dice quiero un aborto". Plantean que en dichos dispositivos muchas mujeres son detectadas y derivadas para la realización de ANP. Si se trata de un ANP, se les provee la medicación. En caso de no responder la situación a ninguna de las causales previstas por la ley, se orienta y brinda información a las mujeres, pero no se otorgan recetas ni la droga misoprostol para la realización de la práctica.

Cuando se indagó entre los entrevistados acerca de la aplicación del modelo de causales, se registró mayor relevancia de la causal violación<sup>7</sup> y en menor medida de la causal salud física. Algunas causales generan duda: salud mental y social. Muchos coinciden que el modelo de causales es ideal y que los médicos no están preparados para encuadrar las situaciones. Para algunos de los entrevistados parece ser una decisión de políticas de salud mientras que para otros, un derecho de las mujeres.

*"El modelo de causales es ideal, pero a veces nos cuesta encuadrarlo, pero las mujeres que llegan a una institución pública a pedir un aborto es por un motivo valioso, pensá en los obstáculos que sortean..."*

*"(...) muchas veces define la parte psiquiátrica, la parte social a veces no está muy clara. Son casos grises".*

La constatación solicitada a los profesionales sobre el riesgo, no parece ser un lugar cómodo para algunos de los entrevistados, y menos aún si el caso incluye aspectos por fuera de lo que denominan la "disciplina médica" (social y psicológica).

*"Nosotros no somos jueces, se le pide al médico que tome decisiones para las cuales no está preparado (...) acá debería haber una ley que creara centros especializados para que las mujeres concurran".*

<sup>7</sup> Aun sin contar con datos estadísticos los entrevistados referían un mayor número de casos de ANP por la causal violación.

“Es difícil seguir un modelo que parece incluye todo. Los manuales de causales son hechos por gente que brega por una ley pero el camino no es la confección de manuales en donde todo es posible; desde una violación a la interrupción del proyecto personal como causal”.

En general los entrevistados ubican al trabajo en equipo con otros profesionales de distintas disciplinas como un facilitador para la aplicación del modelo de causales.

“Nosotros queremos que cada hospital se haga responsable, (...) todos los hospitales tienen que realizar ANP”.

“Nos embarcan a los médicos en discusiones éticas y filosóficas para las cuales no estamos preparados. Lo correcto es que el Estado dé una Ley por el aborto, sino somos los médicos los que tenemos que tomar una decisión (...) la ley genera violencia en el equipo médico. Yo pido que nos den mayor libertad, porque no es claro lo que nos piden y no hablo de las mujeres, estamos en un sistema vertical. Yo digo hagan la ley y nos dejamos de embromar todos. Se evitan tensiones en eso de quien sí y quien no”.

“Si el modelo fuera de plazos sería más aceptable. Yo creo que sería bueno si tuviéramos el modelo del DF (México) sin causales hasta las 12 semanas y después causales para los casos que se nos complican. Yo creo que eso sería más claro para algunos profesionales”.

En general utilizan la guía nacional denominada “Protocolo para atención integral de las personas con derecho a interrupción legal del embarazo” y en otros casos la normativa de CABA y las indicaciones de la OMS<sup>8</sup>. Sostienen contar con un “circuito armado”, “todo organizado” para la práctica de ANP.

Todos manifiestan tener registro de Objetores de conciencia que en algunos casos, funcionan en la Dirección del Hospital y en otros, los profesionales expresan su voluntad directamente al jefe. En ningún caso se alegan razones de la objeción. Mencionan también, situaciones en que se han presentado objetores por causales.

Relatan que solo algunas guardias ejecutan la práctica, y que hay servicios enteros que no acceden a realizarla. En servicios de un promedio de 30 integrantes la cantidad de profesionales que realizan ANP es reducida respecto de total.

“Somos unos 4 o 5 que lo hacemos, uno ya sabe que hay guardias con las que no contás (refiriéndose a todos los profesionales de ese día específico)”

8 En general las indicaciones de la OMS están retomadas en la guía nacional.

**Tabla 1**  
**Estado Civil**

| Estado Civil | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Soltero      | 12         | 42,9       |
| Casado       | 9          | 32,1       |
| Unido        | 5          | 17,9       |
| separado     | 2          | 7,1        |
| Total        | 28         | 100,0      |

Fuente: Elab propia.

Uno de los entrevistados aclara, “(...) yo soy objetora pero tuve que organizar todo en el servicio para que funcionara... la práctica había que hacerla”.

En general, plantean falta de articulación interinstitucional, y si la hay se sostiene en relaciones personales. Afirman que hay poca predisposición para trabajar sobre este tema. Algunos entrevistados plantean el trabajo con los CeSaC, y en un solo caso con el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Al preguntar sobre la incidencia del aborto en la salud pública, a excepción de una de las entrevistadas, coinciden en que es una de las principales causas de muerte materna en nuestro país. Aclaran que afecta a poblaciones vulnerables, que no pueden acceder a la medicación.

Uno de los entrevistados lo define del siguiente modo: “En argentina nacen 760.000 chicos por año y se realizan aproximadamente 500.000 abortos provocados, quiere decir que por cada chico que nace una mujer se realiza un aborto. Una mujer no se somete a un aborto porque no tenía nada que hacer y fue a hacerse un aborto por ahí, sino que es porque o no le dimos los medios, o no le dimos la educación o no le dimos algo, o sea primero fallamos nosotros. Y el segundo punto es que de esas 500.000 mujeres que se realizan un aborto se mueren 50. Por complicaciones y la que se muere es una mujer de la villa, porque hace lo que puede, se pone el tallo de perejil, la sonda o lo que le dio la vecina, la aguja de tejer. Tenemos que realizar aborto libre? tenemos que legalizarlo? No sé, algo no sé qué, no quiero ponerme a decir acá: “yo estoy a favor, yo estoy en contra” pero algo desde el Estado tenemos que hacer”.

“(...) es de importancia capital, 1/3 de las muertes tienen que ver con esto, eso es la punta del iceberg, detrás de esto hay morbilidad y sufrimiento, esto tiene que ver con modelos de atención a los padecimientos de las mujeres. Esto se inscribe en el lugar que ocupan las mujeres en la sociedad, su ser como madre y como mujer”.

Respecto de los encuestados la mayoría son mujeres y su edad promedio es de 38,8 años. Cerca del 43% son solteros.

Más de la mitad de los encuestados no tiene hijos y cerca del 36% tiene entre 2 y 3 hijos.

La mayoría son médicos toco ginecólogos, el resto obstétricas con distintas funciones en el equipo de salud. Llevan 12,4 años (0, 43) de ejercicio de la profesión.

Respecto al aborto todos los encuestados lo consideran un **problema de salud pública**. A la vez un 96 % lo ubica entre las 2 pri-

**Tabla 2**  
**Función que cumple**

| Función                | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|------------|
| Concurrente            | 2          | 7,1        |
| Residente              | 12         | 42,9       |
| profesional de planta  | 12         | 42,9       |
| profesional de guardia | 2          | 7,1        |
| Total                  | 28         | 100,0      |

Fuente: Elab propia.

meras **causas de la muerte materna** en Argentina. Para el 60% representa la primera causa de muerte materna.

El 92 % señala conocer el marco regulatorio Argentino respecto del aborto. La mayoría de los encuestados indica que lo **conoce a través del servicio en que trabaja** actualmente y en menor medida a partir de espacios docentes (secundario/universitario/terciario) o en el ámbito de trabajos anteriores. En ningún caso mencionan los medios de comunicación.

Respecto del marco regulatorio sobre ANP, la mitad considera que **debe ser más claro**, el 28% refiere que deben ampliarse los permisos o la interpretación de los mismos. En ningún caso los encuestados sostienen que deba penalizarse el aborto. Señalan que la realización de abortos esta despenalizada principalmente en casos de **violación** (40%). El **riesgo o peligros de vida de la mujer** (25%), otro 25% toma en cuenta el **riesgo en la salud** (en algunos casos en términos amplios con sus dimensiones bio psicosocial, y/o causal social). En sólo 2 casos mencionan la situación de inviabilidad de la vida del feto.

Sin embargo cuando se indaga entre los encuestados sobre 3 casos concretos de mujeres que solicitan un ANP, las actitudes cambian ligeramente. Se los consulta acerca de si el caso podría estar contemplado en las causales de ANP y de qué modo consideran que sería resuelto en el servicio en que trabajan. Señalan diferencias de abordaje en la intervención según el caso del que se trate.

- Frente al caso de una mujer de 30 años, con lupus, separada de su esposo que no ha aportado a la manutención de sus dos hijos pequeños, teniendo ella que trabajar extensas jornadas laborales, sin contar con red familiar de apoyo, el 75% considera que le correspondería un ANP mientras que solo el 46% sostiene se hubiera efectivizado la práctica en el servicio en el que trabaja.
- En el caso de una mujer de 21 años, en estado de intensa angustia y dolor psíquico, cursando un embarazo de 20 semanas producto de una violación que ocultó a su familia, el 64% de los encuestados opina que le correspondería un ANP. Sin embargo solo el 28% sostiene que sería interrumpido el embarazo en su servicio, la mitad no sabe o no contesta.
- En cambio, frente al planteo de una mujer de 25 años en pareja, que cursa la semana 15 de embarazo quien se acaba de enterar que su hijo tiene anencefalia, la totalidad de los encuestados afirma que correspondería un ANP sin embargo menos del 60 % reconoce que en su servicio se efectivizaría la práctica.

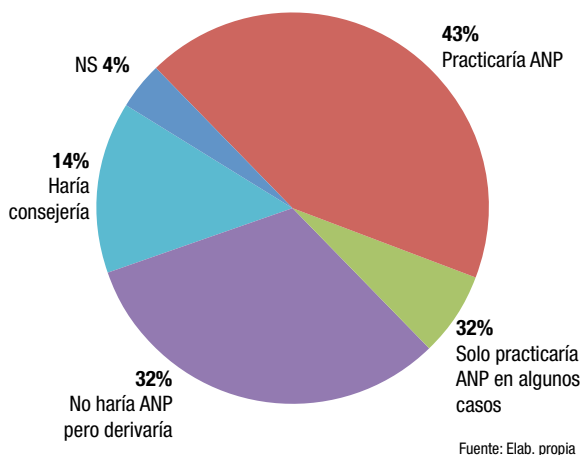
Ahondando en la caracterización del servicio en el que se desempeñan, los encuestados consideran que el mismo tiene incorporado el trabajo en equipo y un enfoque interdisciplinario, y en menor medida la perspectiva de género y derechos.

La totalidad señala que en el Servicio en que trabaja, se realizan ANP. Ante mujeres que solicitan realizarse un ANP, el 60% considera que la **mejor respuesta institucional** sería la realización de la práctica del aborto, mientras que para un 35% sería la Consejería o la Consejería con suministro de medicación. En referencia al acceso

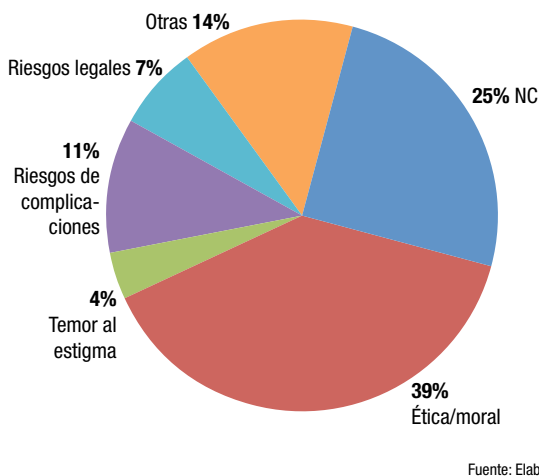
al ANP los encuestados reconocen que el derecho a la autonomía, a la información, a la dignidad humana, a estar libre de tratos crueles, inhumanos y degradantes están ligados a la salud de las mujeres.

Entre los **requisitos** que consideran necesarios para la realización de un ANP, el 53 % considera que es preciso contar con una declaración jurada en la que la mujer manifieste haber sido violada. Respecto de **otras autorizaciones** más del 10% cree que se debe solicitar autorización judicial. En cuanto a **requisitos médicos** el 7 % indica que es necesario un dictamen de junta médica o comité de profesionales de institución hospitalaria, un 3 % el diagnóstico de trastorno mental severo o discapacidad, 7 % diagnóstico de enfermedad grave e inminente. En el 64% de los casos se menciona más de un requisito médico. Respecto de la **edad gestacional** para la realización de un ANP, la mitad considera que el embarazo debía ser de 12 semanas o menos. El 53% reconoce que podía ser un **obstáculo** que el em-

**Grafico 1**  
**Actitud personal frente a solicitud de ANP**



**Grafico 2**  
**Razón por la que no practicaría ANP**



barazo fuera mayor a 20 semanas mientras que el 25 % entiende que sería un obstáculo que el embarazo superara las 12 semanas. El 14,3 % señaló que la edad gestacional no constituiría un obstáculo en ningún caso.

Cuando se los consulta respecto a si la **violencia en la pareja constituye una situación que puede permitir el acceso de las mujeres al ANP**, el 57% está de acuerdo o completamente de acuerdo. Mientras que el 21,4 % está totalmente en desacuerdo o en desacuerdo y otro 21,4% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Interrogados respecto a si consideran a la **violencia sexual en el matrimonio como una violación** cerca del 90 % señala que está de acuerdo o completamente de acuerdo mientras que el resto (10%) está totalmente en desacuerdo.

Consultados acerca de **cómo responderían personalmente a una solicitud de interrupción de un embarazo** en el caso de cumplir-

se los criterios de ANP. El 43 % manifiesta que practicaría el ANP. La razón que señalan para no practicar un aborto que cumple las condiciones de no punibilidad es en un 39% ética/moral, en un 10 % por riesgos de complicaciones médicas, y en el caso de las obstétricas, otras razones ligadas a las competencias en el ejercicio profesional. El 21 % de los encuestados reconoce que en su práctica médica se encuentra diariamente con mujeres que se han realizado un aborto. El 61 % utiliza alguna guía o protocolo del ministerio de Salud de la Nación.

## 5. Discusión y relevancia para la investigación en salud pública y la implementación de políticas sanitarias

Pensar una discusión a la luz del objetivo propuesto en el presente estudio nos lleva a plantear su relevancia para la implementación de políticas sanitarias. En este sentido, tenemos que tener en cuenta los conocimientos respecto del modelo de causales que no alcanzan para develar lo que se juega en torno a las creencias y las actitudes que los profesionales de la salud, insertos en una institución, tienen respecto del tema. El planteo parte no solo del material de las entrevistas y de las encuestas, sino de los recorridos institucionales, descriptos oportunamente, que debieron sortearse para concretar la investigación.

Los profesionales participantes en el estudio manifiestan conocer el modelo, sin embargo aparecen dificultades en la operacionalización de las causales, refiriendo poca precisión o claridad en las mismas. Aparecen ambivalencias en torno a las nociones de riesgo y peligro que atañe a la causal salud.

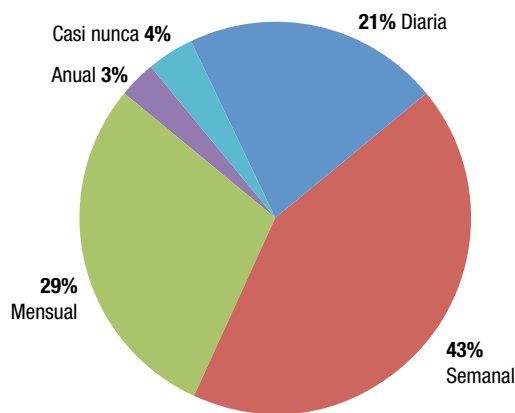
La ponderación de las causales, su interpretación y alcance inciden de manera directa en el acceso que tienen las mujeres a la práctica. En este sentido, consideramos que el conocimiento, las creencias, ya sean éticas, morales, religiosas, etc., y la actitud son parte de este proceso.

La mayoría refiere haber adquirido el conocimiento sobre el tema en las capacitaciones del servicio, en general a partir de la implementación del protocolo nacional. Muy pocos hicieron referencia a otros espacios como el universitario y ninguno a los medios de comunicación. Cabría preguntarse desde la perspectiva de una política pública si la visión no debiera ser más amplia, reafirmando la legalidad del modelo de causales, para los profesionales y la población general.

Respecto de la causal salud, se observa que la noción de daño queda obturada en pos del peligro de vida, como cierto e inminente. Lo cual pone en duda la puesta en juego del concepto de salud como bio-psico-social. Dicha visión es solidaria al modelo médico hegemónico, que parece pervivir en las concepciones médicas, siendo "casos grises" los que responden a las causales salud mental, social o situaciones de salud que no comporten riesgo de vida. Una de las entrevistadas afirma, "es una zanata ese concepto".

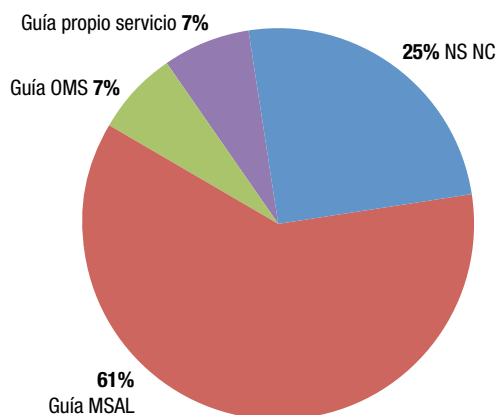
Respecto de la causal violación, aparece mayor consenso entre los entrevistados que entre los encuestados, con una mayor perspec-

**Grafico 3**  
**Frecuencia de contacto con mujeres que realizaron aborto**



Fuente: Elab. propia

**Grafico 4**  
**Utilización de guía o protocolo**



Fuente: Elab. propia



tiva de género entre los primeros. Sin embargo, la coma interpretada en el fallo FAL parece no inscribirse o tener una oscilación en su aparición cuando de realizar la práctica se trata. Para algunas de los encuestados se aplica solo en casos de violación de una mujer discapacitada o con problemas de salud mental.

Se observa una distancia entre el nivel de conocimiento del modelo y su aplicación concreta en la práctica cotidiana de los servicios.

Entre los requisitos para acceder al ANP la declaración jurada de la mujer, tiene amplio consenso. En general, parece bastar con la palabra de la mujer. Sin embargo, en un porcentaje no poco significativo, un poco menos de la mitad de los encuestados y en algunas entrevistas, aparecen imágenes o percepciones del territorio del cuerpo de las mujeres como ajeno y legislado por otros: los jueces, su esposo, la medicina y la burocracia de los estudios médicos. Esto no necesariamente responde al desconocimiento del modelo. Suelen ponderar positivamente una causal pero plantean numerosos requisitos. Ahora bien, podemos marcar como la estructura burocrática regula y protege a los profesionales respecto una práctica que posee un marco poco preciso o “gris” para ellos.

El tema de la legalidad, por ejemplo, entre las encuestadas que son obstétricas aparece en relación a que la práctica no está dentro de sus incumbencias profesionales.

Podríamos decir entonces que se define un campo por fuera de la medicina /incumbencia profesional debido a que el modelo nace desde una definición de ANP inscripta en el Código penal y que su uso en salud originalmente, aparece ligado a las teorías higienistas del siglo pasado.

En alguna de las entrevistas se desliza la idea de sentirse comprometido con una temática que exige una responsabilidad que no les corresponde a los profesionales: *“se nos pide a los médicos que definamos cuestiones filosóficas o éticas, para lo cual no estamos preparados”*. La cantidad de profesionales que realizan ANP respecto de la composición de los servicios es reducida. No todos realizan la práctica que cuestionada en la visión de los pares (compañeros de hospital y colegas externos). Esto abona sentimientos de soledad y estigmatización. Sin embargo quienes definen la impronta de los servicios entrevistados, parecen estar comprometidos con que la práctica se realice.

En las encuestas, una de las mejores respuestas que puede dar el sistema, a una mujer que solicita un aborto frente a causas poco claras o que generan controversia en el seno de la institución, es la consejería con medicación. Una de las entrevistadas dice que hay consenso entre los profesionales respecto de la utilización de medicación, pero se presentan problemas frente a la aplicación de técnicas quirúrgicas. La consejería es una estrategia que contribuye a que no se defina si es o no ANP.

La objeción de conciencia aparece como un procedimiento que según lo relatan las entrevistas, excluiría a servicios enteros de la realización de ANP. Esta situación es interpretada en algunas ocasiones como resistencia a los ANP. La objeción de conciencia se ha convertido en una barrera importante para el acceso al

derecho al aborto. La motivación alegada tiene que ver, unas veces, con la religión o concepción ética de los profesionales, y otras, con el exceso de trabajo, o con el argumento de que esta prestación no corresponde a sus obligaciones médicas (Ramos, S., 2001). No olvidemos que la objeción de conciencia pone derechos en tensión. ¿Cómo lo resuelven las instituciones? La objeción de conciencia es una institución jurídica que como tal requiere definición, limitación y regulación expresa. Dejar librado al azar y a la conciencia de los profesionales tanto el uso de la objeción de conciencia como la garantía de los derechos de las mujeres, resulta en extremo peligroso.

A partir del estudio, el alcance de la práctica de ANP parece poco claro y cabría preguntarse si no se sostiene en individualidades más o menos comprometidas con la temática. En esta línea podríamos pensar por un lado, que hay una escasa articulación interinstitucional, que en las entrevistas aparece como relaciones interpersonales. Por otro lado, la necesidad del trabajo en equipo, la búsqueda de *“no estar solo”*.

¿Quién sanciona la legalidad o no de un aborto? ¿Son los profesionales de la salud quienes deciden? Se abre un campo de discusión en referencia a la autonomía y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Se trata de un campo en el cual las posiciones e intereses de mujeres y profesionales, muchas veces se encuentran en pugna.

Para los responsables de los servicios la ausencia de edad gestacional estipulada en el modelo, se presenta como dificultad. En las encuestas, más del 14 % dice que la edad gestacional no obstaculiza la realización de ANP. Quizás para los entrevistados, quienes desempeñan cargos jerárquicos, la preocupación por la edad gestacional se debe a la incidencia que sus percepciones y conocimientos pueden tener en la práctica a nivel institucional. Ahora bien, la estipulación de una edad gestacional no es viable en el interior del modelo de causales, ya que la definición de ANP se encuentra en el código penal y no en manuales de salud. Los entrevistados refieren haber acordado un plazo máximo de 20 semanas para las interrupciones (siguiendo las recomendaciones de la OMS), en el marco de una reunión de jefes de distintos servicios de obstetricia de CABA.

Aparece la idea de que algo tiene que cambiar. Aunque los profesionales conozcan el modelo, la percepción y la actitud respecto de la práctica no se modifica, debido a que intervienen factores: ético morales, institucionales (intra y extramuros) y del modelo médico hegemónico en juego en el sistema de salud con sus rasgos verticalistas y paternalistas.

Partimos de que la regulación supone la existencia de una norma base penal, sobre la que se precisa el alcance, y las condiciones. Por ello, respecto del ANP, la regulación debe ser entendida como un instrumento para reducir o eliminar las barreras de acceso de las mujeres a los servicios y como una manera de brindar claridad y certidumbre a los profesionales acerca del cómo, y bajo qué causales, llevar adelante la práctica. Por lo tanto, cuando las mismas normativas son las que producen, reproducen o profundizan las barreras de acceso, no sólo su jus-

tificación se ve debilitada. Se vuelve necesario emprender un reajuste que, en ocasiones, puede derivar en una readecuación del contexto-texto. El contexto social, cultural, se establece en la mente de los hablantes como una representación cognitiva, y en parte subjetiva, de la realidad en que viven. De tal modo podríamos decir que todo texto es la versión discursiva, de un aspecto del contexto internalizado por su emisor. El contexto se hace presencia en el texto, donde puede además ser pensado, expresado, y modificado en parte ( Fernández, 1993).

Es imposible analizar el texto de los profesionales respecto del modelo de causales sin poder pensar el contexto en que se desenvuelve la práctica. Como se vio, se pide a los profesionales que definan situaciones que corresponden al nivel legal del Estado.

Estos contextos marcan los espacios institucionales donde se realizan los ANP (en el segundo nivel de atención): servicios de maternidad. Allí la práctica profesional queda vinculada a un ideal de "maternidad" recortándose el sentido amplio de la salud sexual de las mujeres. Cabría preguntarse por la dificultad semántica de nombrarse "no-madre" en un lugar de "madres". Parecería que la formación resulta ineficiente y que pocos profesionales quedan expuestos a la realización de una práctica que en determinadas circunstancias no apoyan. Esto se escucha en las entrevistas semiestructuradas a referentes o jefes de Servicios.

Los ANP cabalgan una doble montura, entre el derecho penal y la salud. Entre la delgada línea que separa un delito de un

problema de salud. Creemos que a esta ambivalencia se ven sometidos los profesionales cuando plantean sensaciones de soledad, miedo a la estigmatización. Será por ello que el modelo de causales pasa a ser demasiado amplio, poco claro para algunos, será porque es una práctica que pone un juego la legalidad, contra un modelo que se plantea en una perspectiva de derechos. En las entrevistas expresaron la necesidad de un cambio de modelo (por el de plazos), de una reforma legal y de mayor integralidad en las prácticas. En este punto la percepción de que el modelo no alcanza, que necesita repensarse desde distintas ópticas es el debate pendiente, para ampliar la cantidad de profesionales que accedan a incluirlo entre las prácticas médicas.

En el presente estudio, el aborto es reconocido como principal causa de muerte materna. Frente a este diagnóstico, es necesario pensar el alcance de la práctica de ANP, su regulación vía el actual modelo, y los elementos que influyen de manera directa en la actitud que tienen los profesionales hacia el mismo. Reconociendo que el origen de un modelo que data de 1920 y que sus principales variaciones se registran en la última década, apostamos a seguir problematizando elementos que se recortan de este estudio. La edad gestacional, una mayor discusión sobre las causales, inclusión de perspectiva de derechos y género en la formación de profesionales, establecimiento de modelo de plazos, reglamentación de la objeción de conciencia y el acceso a la información aparecen como temas pendientes a ser de construidos y repensados desde un concepto de salud amplio e integral.

## Bibliografía

- Abalos, E., S. Ramos, y M. Romero. «La situación de la Mortalidad Materna en Argentina y el objetivos del Desarrollo del Milenio 5.» Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Marzo de 2008. [www.ossyr.org.ar](http://www.ossyr.org.ar) (último acceso: Diciembre de 2014).
- Acceso al Aborto No Punible en Argentina: Estado de Situación - Marzo 2015 Buenos Aires: Asociación por los Derechos Civiles, 2015. Disponible en [www.adc.org.ar](http://www.adc.org.ar)
- Alegre Marcelo, Objeción de conciencia y salud sexual y reproductiva. Hoja informativa N°10 2009. Disponible en [www.despenalizacion.org.ar](http://www.despenalizacion.org.ar)
- Allport, G. Psicología de la personalidad. Buenos Aires: Paidós, 1970.
- Alonso, L.: La mirada cualitativa en sociología: Una aproximación interpretativa. Madrid, España: Editorial Fundamentos, 1998.
- Bergallo, P, J. Feijoó, S. Ramos, y M. Romero. «El acceso al aborto permitido por la ley: un.» En Derechos humanos en Argentina. Informe 2009, de P. Bergallo, J. Feijoó, S. Ramos y M. Romero. Buenos Aires: CELS - Siglo XIX, 2009.
- Bergallo, P, y Ramon Michele, A. «El Aborto no punible en el derecho Argentino.» [despenalizacion.org.ar](http://www.despenalizacion.org.ar/). abril de 2009. <http://www.despenalizacion.org.ar/> (último acceso: diciembre de 2014).
- Bergallo, P., y A. Gonzalez Vélez. «Causal violación. Interrupción legal del embarazo por causal violación: enfoque de salud y jurídico.» [Despenalizacion.org](http://www.despenalizacion.org.ar/). Agosto de 2012. <http://www.despenalizacion.org.ar/> (último acceso: Diciembre de 2014).
- Cammarota, K. y Teodori, C. «La respuesta institucional a la violencia sexual en el marco de las relaciones intrafamiliares y la aplicación de la causal violación en el área metropolitana (CABA y el GBA)». Equipo Latinoamericano Justicia y Género (sin publicar) 2014.
- Carrada Bravo, T. La cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿Por qué estudiar la cultura?» Artemisa en línea, 2002.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación, caso "F.A.L. s/ medida autosatisfactiva", expediente 259/2010, tomo 46, letra F, sentencia del 13/3/2012. Disponible en <http://bit.ly/1BIDq19>
- Erviti, J. El aborto entre mujeres pobres: Sociología de la experiencia. Cuernavaca: UNAM, Centro de investigaciones Multidisciplinarias, 2005. Tiempo Histórico y Campo Grupal: Masas, Grupos, e Instituciones
- Fernández, A. (comp.): Tiempo Histórico y Campo Grupal: Masas, Grupos, e Instituciones, Colección Psicología contemporánea, Ediciones Nueva Visión, 1993
- González Vélez, A. «Causal salud.» [Despenalizacion.org](http://www.despenalizacion.org.ar/). Marzo de 2011. <http://www.despenalizacion.org.ar/> (último acceso: Diciembre de 2014).
- Jodelet, D. «La representación social: fenomeno, concepto y teoría.» En Psicología social, de S. Moscovici. Buenos Aires: Paidós,
- Maffia, D. «Aborto no punible: ¿Que dice la ley Argentina?» En La coyuntura del aborto: entre el derecho y le necesidad, de S. Checa. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- Ramos, Silvina; Romero, Mariana, Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?, CEDES, 2001.
- Soria, E.: El aborto eugenésico en el Código Penal Argentino (1883-1922), en Aê, Volumen 1, N°1, Agosto, 2009.