

Interrupción legal del embarazo y derechos reproductivos. Aportes para la implementación de dispositivos de consejería en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Interrupción legal del embarazo y derechos reproductivos. Aportes para la implementación de dispositivos de consejería en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

María Paula Paragis¹

Brian Sardar²

Gustavo Ramallo³

Cecilia Delconte⁴

Paula Pisani⁵

Resumen

En nuestro país, desde hace algunos años han adquirido notoriedad las campañas por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Hasta el momento se cuenta con el protocolo argentino vigente para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, actualizado en 2019, en el cual se especifica que toda persona gestante puede solicitar esta práctica sin necesidad de autorización judicial cuando el embarazo representa un peligro para la vida o la salud de la mujer, o cuando el embarazo proviene de una violación. Consideramos que resulta pertinente abordar el tema del aborto desde una perspectiva ética que trascienda cuestiones ideológicas y morales, a la vez que propicie la elaboración de nuevos interrogantes. Se trata de una problemática de salud pública compleja, la cual vuelve necesaria una integración de las distintas esferas de la vida reproductiva a través de la educación sexual, la planificación familiar y el acceso al aborto seguro. Se intentará proponer algunos lineamientos para la implementación de un dispositivo de consejería en materia de derechos reproductivos e interrupción legal del embarazo a fines de brindar acceso a la información a los usuarios de salud y un espacio de escucha para la toma de decisión.

Palabras clave: Interrupción legal del embarazo – Salud Mental – Legislación – Políticas públicas

Abstract

In our country, campaigns for Legal, Safe and Free Abortion have gained notoriety in the last few years. The Argentine protocol in force for the comprehensive care of persons entitled to legal termination of pregnancy (updated in 2019), specifies that any pregnant person can apply for this practice without the need for authorization when the pregnancy represents danger to a woman's life or health, or when the pregnancy is due to rape. We consider that it is relevant to address abortion from an ethical perspective that transcends ideological and moral issues, while leading to the development of new questions. This is a complex public health problem, which makes it necessary to integrate the different spheres of reproductive life through sex education, family planning and access to safe abortion. We will put forward some guidelines for the implementation of a reproductive rights counselling and legal termination of pregnancy clinical device in order to provide access to information to health users and a space of careful listening for process of taking the decision.

Key words: Legal termination of pregnancy – Mental Health – Legislation – Public policies

Introducción

El aborto es una materia moralmente problemática, pastoralmente delicada, legislativamente espinosa, constitucionalmente insegura, ecuménicamente conflictiva,

sanitariamente confusa, humanamente angustiada, racionalmente provocativa, periodísticamente explotada, personalmente sesgada y ampliamente ejecutada

¹ U.B.A. E-mail: paula.paragis@gmail.com

² U.B.A. E-mail: briansardar@gmail.com

³ U.B.A. E-mail: gugaramallo@gmail.com

⁴ U.B.A. E-mail: cecidelconte@gmail.com

⁵ U.B.A. E-mail: pisani.pa@gmail.com

Interrupción legal del embarazo y derechos reproductivos. Aportes para la implementación de dispositivos de consejería en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

John McCormick (Citado en Klein, 2018, p. 17)

El presente trabajo se propone abordar la complejidad que reviste una problemática que ha adquirido gran notoriedad tanto a nivel social como en el ámbito profesional: la interrupción legal del embarazo (de aquí en adelante, ILE) y los derechos reproductivos. A partir de movimientos feministas que en los últimos años han impulsado campañas por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito en América Latina, en marzo de 2018 llega al Congreso argentino para su debate una propuesta sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo, proponiendo principalmente la legalización del aborto durante las primeras 14 semanas del proceso de gestación (Congreso de la Nación Argentina, 2018). Si bien el 13 de junio el mismo se aprueba en la Cámara de Diputados, el 8 de agosto, al pasar a la Cámara de Senadores, no se aprueba. Por dicho motivo el proyecto será presentado nuevamente el 19 de febrero de 2020 para su discusión.

A raíz de su tratamiento parlamentario y de su difusión masiva en el ámbito público, se han suscitado posicionamientos “a favor” o “en contra” de la práctica del aborto, las cuales excluyen toda reflexión y eluden la complejidad del problema, separándolo de la experiencia concreta. Entendemos que, desde el campo de la Salud Mental, y de la perspectiva ética que lo rige, se pueden establecer algunos aportes que excedan esa lectura de la situación y permitan generar un análisis de la multiplicidad de factores a tener en consideración.

Resulta fundamental poner de relieve que se trata de una problemática de salud pública y no de opiniones morales o convicciones personales. Precisamente en la línea de la discusión moral, en nuestro país el debate suele centrarse en la condición del feto o embrión como persona (Herrera y Salituri Amezcua, 2018), como eje para determinar la permisividad o prohibición de la interrupción voluntaria del embarazo. De este modo, los argumentos que se esgrimen toman la noción de vida o de persona del campo de la filosofía y la religión, mientras que quienes asumen la posición contraria toman en consideración cuestiones tales como los derechos sexuales y reproductivos de las personas gestantes y la incidencia epidemiológica de muertes por la

práctica de abortos clandestinos. Esta estrategia no genera un diálogo fecundo, ya que los argumentos que se proponen no pueden ser aceptados por la parte opuesta como razonables (Figuroa García-Huidobro, 2013).

Por otra parte, se observa que lo que ocurre principalmente en aquellos países donde la legislación es restrictiva respecto del aborto es que se genera un negocio en la clandestinidad, al cual sólo tienen acceso quienes poseen un nivel socio-económico elevado para atenderse en condiciones propicias y por un profesional de la salud (Tajer, 2018). Por el contrario, quienes no poseen los recursos necesarios para realizar el procedimiento en estas condiciones, suelen recurrir a métodos alternativos por fuera del modelo biomédico, que resultan sumamente peligrosos para la integridad física y psicológica del sujeto. La falta de garantías por parte del Estado conduce a omisiones en el campo de la acción pública que redobla la sanción ya impuesta por la ley, librando a las mujeres al contexto clandestino y riesgoso. En este sentido, Donoso Sabando (2016) plantea que se vuelve necesaria una integración de las distintas esferas de la vida reproductiva a través de la educación sexual, la planificación familiar y el acceso al aborto seguro, en tanto son condiciones básicas de un sistema de salud equitativo y justo. Por este motivo, proponemos analizar las políticas públicas que se encuentran vigentes en la actualidad en materia de interrupción legal del embarazo, en tanto se encuentra contemplada en la normativa vigente, y consecuentemente interrogar las prácticas que efectivamente se llevan adelante en los efectores de salud.

El interiorizarnos en los procesos históricos y las diversas experiencias sobre las cuales se asienta el campo de la Salud Mental nos permite reflexionar sobre los abordajes que permanecen en nuestra práctica y contemplar de dónde provienen, estando atentos a las determinaciones que arman el juego y los modos de subjetivación que de allí se desprenden. Consideramos fundamental interrogarnos sobre los alcances y limitaciones que vemos hoy en día en las instituciones de salud pública con respecto a la legislación vigente y los dispositivos que se ofrecen a la comunidad para abordar el padecimiento subjetivo en situaciones de

Interrupción legal del embarazo y derechos reproductivos. Aportes para la implementación de dispositivos de consejería en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

requerimiento de interrupción voluntaria del embarazo. ¿Qué experiencias pueden resultar valiosas para pensar esta coyuntura? ¿Cómo brindamos nuevas respuestas a las consultas que llegan a los efectores de salud?

Asimismo, al reflexionar sobre la normativa que rige esta práctica y las políticas públicas que de ella se desprenden, cabe preguntarse por los efectos que las mismas generan en el campo de la Salud Mental. Es evidente que nos encontramos con diversas tensiones, conflictos y alcances en lo que a la aplicación de la misma remite. A su vez, es necesario ubicar que se trata de temas que se han presentado en lo social y han adquirido relevancia, al punto tal de que los poderes públicos los tuvieran en consideración, lo cual pone de relieve la agenda compartida entre ambos sectores. Por lo expuesto anteriormente, se intentará proponer algunos lineamientos y consideraciones para la implementación de un dispositivo de consejería en materia de derechos reproductivos e interrupción legal del embarazo a fines de brindar acceso a la información a los usuarios de salud y un espacio de escucha para la toma de decisión.

Marco Normativo

Como profesionales de la salud mental, debemos considerar que nuestras prácticas no se realizan en abstracto, sino que se encuentran insertas, enmarcadas y delimitadas en un determinado contexto, al que Bourdieu y Loic (1995) denominan *campo*, siendo éste el de la salud. Para los autores, el campo hace referencia a una determinada configuración del espacio social, siendo posible de entenderla como una red de relaciones objetivas entre posiciones. Las posiciones y aquellos agentes que las ocupan se encuentran determinados por su posición actual y potencial en la estructura de distribución del poder, así como por sus relaciones objetivas con las demás posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.). Desde esta perspectiva, es necesario considerar que los profesionales, en tanto agente sociales, nos encontramos condicionados en nuestras prácticas por las relaciones con los demás agentes; pero también nos vemos limitados y habilitados por las reglas que regulan la acción en el campo de la salud, que tienden a reproducir la

red de relaciones existentes. En este sentido, es que consideramos necesario realizar una descripción del marco legal que circunscribe y determina la temática de este trabajo.

Para comenzar, debemos señalar que en términos generales el derecho a la salud, el derecho a la salud sexual y a la salud reproductiva se encuentran ampliamente reconocidos en la normativa vigente a nivel nacional. En este sentido, se han sancionado en la Argentina numerosas leyes en relación a estos derechos, principalmente en los últimos quince años. Nuestro país ratificó la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer -CEDAW, por sus siglas en inglés- (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979) mediante la Ley 23.1793 en el año 1985, instrumento que contiene diversas disposiciones aplicables en la materia. Esta ratificación de la CEDAW implica para los Estados parte el deber de adoptar medidas tendientes a asegurar los derechos reproductivos de las mujeres, muchos de ellos reconocidos y señalados en dicha ley. La misma establece que el Estado deberá aplicar las medidas apropiadas para garantizar la salud y el bienestar de la familia, incluyéndose la información y el asesoramiento sobre la planificación de la misma. Asimismo, dispone la obligación del Estado de aplicar las medidas necesarias, a fin de eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, buscando asegurar su acceso. Por último, determina el derecho de la mujer a decidir libre y responsablemente sobre el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos, garantizando así la planificación familiar. Para ello, se señala la importancia de tener acceso a la educación, a la información y a los medios para que estos derechos puedan ser ejercidos plenamente.

Siguiendo con los distintos avances normativos, en el año 1991 se promulga la Ley Nacional de Sida (N° 23.798) y en 1992 se creó el Consejo Nacional de las Mujeres. En 1994, con la reforma constitucional, se incorporaron al texto de la Constitución, y con su misma jerarquía, diversos tratados internacionales de Derechos Humanos, entre ellos, la CEDAW. En el año 2002 se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable mediante la Ley 25.6735, para ser ejecutado en todo el territorio nacional. La misma

Interrupción legal del embarazo y derechos reproductivos. Aportes para la implementación de dispositivos de consejería en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

establece que la población debe adquirir el más elevado nivel de salud sexual, a fin de poder tomar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia. Para ello, fomenta el acceso de la población a la información, orientación, métodos y prestaciones posibles en relación a la salud sexual y reproductiva, haciendo principal énfasis en la promoción de la salud sexual en los adolescentes, así como en la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual. El reaseguro de estos derechos tendría como efecto y objetivo la disminución de la mortalidad materno-infantil y la reducción de embarazos no deseados. Este programa tuvo gran importancia, pues reconoció las obligaciones estatales en lo que a este aspecto se refiere y asignó por primera vez en nuestro país un presupuesto para la compra de métodos anticonceptivos. Esto permite que en la actualidad los hospitales y centros de salud públicos los receten y entreguen en forma gratuita.

Posteriormente, en el año 2004, se promulga la Ley de Parto Humanizado (N° 25.9296) la cual reconoce: los derechos de la mujer en relación con el embarazo, trabajo de parto y postparto; los derechos de toda persona recién nacida; y los derechos de los padres de la persona recién nacida en situación de riesgo y el tratamiento humanizado a brindarle. Asimismo, en el año 2006, la Ley de Anticoncepción quirúrgica (N° 26.130) estableció la posibilidad de que toda persona mayor de edad pueda realizar una anticoncepción quirúrgica en los servicios del sistema de salud.

Por otra parte, merece un señalamiento especial lo referido a modalidades de violencia que atenten contra este tipo de derechos. En el año 2009 se sancionó la Ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en todo el territorio nacional (N° 26.485). Constituye una ley integral y abarcadora de distintas manifestaciones de la violencia contra las mujeres que se propone coordinar a diversas instituciones para abordar esta problemática. A los fines de este trabajo, importa destacar que la ley define la violencia sexual, la violencia contra la libertad reproductiva, la violencia obstétrica y la violencia institucional. Según el Decreto 1.011/2010, que reglamenta esta ley se incurre en violencia contra la libertad reproductiva cuando los profesionales de la salud no brindan el

asesoramiento necesario o la provisión de todos los medios anticonceptivos, así como también cuando se niegan a realizar prácticas lícitas atinentes a la salud reproductiva. Asimismo, este decreto establece la existencia de un “trato deshumanizado” toda vez que el personal de salud ejerza un trato deshonesto, descalificador, humillante o amenazante en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al recién nacido, así como en la atención de complicaciones de abortos espontáneos o provocados.

En materia de violencia sexual y en el marco de esta ley, en 2011 se elaboró un instructivo para los equipos de salud, mediante el Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. También en 2011, la Resolución 1.167/2011 del Ministerio de Seguridad estableció las directivas para la Coordinación de Acciones a seguir para la atención de personas damnificadas en delitos contra la integridad sexual.

Retornando a la concepción de *campo*, no podemos dejar de mencionar al conjunto de prácticas, discursos, luchas y representaciones sociales que circulan en nuestro contexto, que no dejan de atravesar e influenciar nuestra labor diaria. En este sentido, un trabajo que pretenda abordar los derechos sexuales y reproductivos no podría dejar de lado la problemática del aborto, fuertemente debatida en los últimos tiempos. En principio, cabría resaltar que el aborto es al mismo tiempo penado y permitido en el Código Penal. Mientras que en su Artículo 85 se establece que está penado; en el 86 se indica que se encuentra permitido en determinadas circunstancias: a) en caso de peligro para la vida de la mujer; b) en caso de peligro para la salud de la mujer; c) en caso de violación; d) en caso de atentado al pudor de mujer “idiota o demente”. La Ley no exige que el peligro o riesgo sea grave.

Respecto a la jurisprudencia, en el año 2012 la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) dictó una sentencia histórica, que sentó un hito para la salud de las mujeres en el marco del caso “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”. Buscando terminar con la práctica de judicializar, entorpecer y/o demorar el derecho de acceder a un aborto no punible, el Tribunal estableció el alcance de los permisos, reafirmando el derecho de las mujeres a

Interrupción legal del embarazo y derechos reproductivos. Aportes para la implementación de dispositivos de consejería en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

interrumpir sus embarazos en todas las ocasiones permitidas por la ley, cuando su vida o su salud están en peligro o cuando el embarazo sea producto de una violación sexual, sin importar la capacidad intelectual o psico-social de la mujer.

En el año 2015, el Ministerio de Salud de la Nación publicó un nuevo “Protocolo para la atención integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo”. Si bien este Protocolo pretendía ser de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional, carecía de estatus de resolución ministerial, por lo que su difusión y aplicación no han sido correctamente promovidas. Recientemente, a fines de 2019, se realizó una actualización de dicho protocolo bajo resolución del Ministerio de Salud de la Nación en la cual se sistematizan las prácticas a ser aplicadas en toda la Nación.

Siguiendo lo establecido anteriormente por lo determinado en el Código Penal Argentino y a partir de lo sancionado en el fallo F.A.L., toda mujer, niña o adolescente, tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo (ILE) que cursa, cuando el mismo configure un peligro para su salud o cuando sea producto de una violación. Este procedimiento debe realizarse siguiendo los mismos estándares de calidad que el resto de los servicios de salud.

Cabría mencionar que, si bien la causal salud es una de las circunstancias a partir de la cual se puede solicitar la ILE, la “salud” es entendida, siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud (2006), como un completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones. En este sentido, se contempla una visión integral de la salud, considerando la dimensión física, mental-emocional y social. Por tanto, el dolor psicológico, la pérdida de autoestima y el padecimiento mental son consideradas como afectaciones de salud, siendo factible -ante la potencialidad de estos casos- solicitar la ILE. El peligro para la salud debe ser entendido aquí como la mera posibilidad de afectación de la salud, sin necesidad de constatar una enfermedad ni de probar una determinada intensidad del peligro. Es decir, no se exige la configuración de un daño, sino su posible ocurrencia. En última instancia, entonces, la decisión de realizar este procedimiento recae

enteramente en la mujer que lo solicita. En este sentido, el Protocolo se guía por el principio de Autonomía de la paciente, siendo solamente necesaria la firma del consentimiento informado. Contando con una definición tan amplia de salud, se haría posible que la mujer ejerciera este derecho cuando ella lo desee, pues un embarazo no deseado, además del riesgo para su físico, traería obvias consecuencias y malestar sobre el psiquismo de la mujer, así como sobre sus condiciones sociales y económicas.

No obstante, la realidad en la Argentina se acerca mucho más a la de los contextos en que el aborto está totalmente prohibido. Las restricciones a los derechos sexuales y reproductivos tienen un impacto negativo y desproporcionado sobre diversos Derechos Humanos de las mujeres, en especial de aquellas más pobres. Constantemente se violan sus derechos a la vida, a la salud, a la integridad física, psíquica y moral, a la autonomía, intimidad, dignidad, a estar libre de violencia y tratos crueles, inhumanos y degradantes, y a la igualdad. Cabe destacar que todos ellos son derechos reconocidos en la Constitución Nacional y en instrumentos internacionales con jerarquía constitucional. Por este motivo, la falta de acceso en condiciones de igualdad, dignidad y seguridad para todas las mujeres a los servicios de salud en situaciones de embarazos no deseados, constituyen una práctica discriminatoria que vulnera derechos únicamente de las mujeres, en tanto se trata de procedimientos médicos que sólo ellas necesitan y sólo ellas viven las consecuencias físicas y emocionales de su privación.

Estado de situación actual

No es en vano volver a señalar que el aborto es un problema de salud pública y por lo tanto es una demanda de salud que merece como tal un reconocimiento. El vertiginoso aumento de la tasa de atención en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) oficia como indicador: entre 2014 y 2016 dispositivos como el CIM (Centro Integral de la Mujer) pasaron de funcionar en 8 hospitales y en tan sólo 1 CeSAC, a funcionar en 11 hospitales y 26 CeSACS; y las situaciones asistidas pasaron de 10 a 386 por año (Manzur, Pistani & Portnoy, 2016). Vale destacar que el subregistro propio de la poco rigurosa elaboración

Interrupción legal del embarazo y derechos reproductivos. Aportes para la implementación de dispositivos de consejería en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

de nuestras estadísticas, como así también el número de prácticas clandestinas, hace que no pueda llevarse una estimación precisa que dé cuenta de la realidad de estas prestaciones. Además, no se puede dejar de mencionar que en la Ciudad de Buenos Aires se cuenta con recursos excepcionales que no existen en el resto del país, en donde la brecha presupuestaria en cuanto a los dispositivos para el abordaje de los derechos en materia de Salud Sexual y Reproductiva es enorme.

A casi cuatro años de la exhortación efectuada por la CSJN, sólo nueve de las 24 jurisdicciones poseen protocolos de atención de los abortos no punibles que se corresponden, en buena medida, con los lineamientos fijados por el tribunal. Otras ocho dictaron protocolos que incluyen requisitos que dificultan, en vez de facilitar, el acceso de mujeres a servicios de aborto seguro y a los cuales tiene derecho acceder, y por último, nueve jurisdicciones no han dictado protocolo alguno. Es decir, más de la mitad de las jurisdicciones del país aún no cuenta con una normativa que asegure, de modo efectivo, el ejercicio de un derecho que las mujeres tienen desde 1921.

Según la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (2012), se calcula que en la Argentina se practican entre 460.000 y 600.000 abortos clandestinos cada año. En los hospitales públicos de todo el país se registran 53.000 internaciones por abortos al año. Del total, alrededor del 15% corresponden a adolescentes y niñas menores de 20 años, y alrededor del 50% a mujeres de entre 20 y 29 años. Durante los últimos 30 años, las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones de riesgo han sido la primera causa de mortalidad materna y han representado un tercio del total de esas muertes. Las estadísticas del quinquenio 2007-2011 muestran que el 23% de las muertes maternas derivaron de abortos inseguros. El sistema de registro oficial nacional no da cuenta de todos los abortos legales que se efectúan hoy en el país. Estas omisiones y carencias del sistema de registro federal impactan en la calidad de la gestión de las políticas sanitarias necesarias para garantizar el acceso al aborto legal en la medida que no permiten contar con información adecuada sobre la demanda potencial, real, y efectiva; los insumos y

los recursos humanos necesarios; las barreras y obstrucciones en la prestación de servicios; y los problemas y estándares de calidad de los mismos.

Asimismo, los registros sanitarios elaborados hoy en día padecen también de las limitaciones que emergen de su falta de cobertura de ciertos ámbitos de los sistemas de salud, ya que casi todos los datos sanitarios disponibles se producen sobre el sistema público de salud, dejando fuera de la estadística los datos de los demás subsistemas que pueden presentar características muy diferentes e incluso llegar a alterar la media estadística.

Implementación de la interrupción legal del embarazo en efectos de salud

Es posible identificar que las circunstancias donde se hace plausible aplicar la ILE “se encuadra en los derechos a la autonomía personal, la privacidad, la salud, la vida, la educación y la información; asimismo, a los principios de no discriminación e igualdad” (Ministerio de Salud, 2015, p. 12).

Las ILEs poseen principios rectores, entre los cuales se encuentra fundamentalmente el *principio de autonomía*. En consonancia con el mismo, la atención de las situaciones de ILE implica necesariamente el consentimiento informado por parte de la usuaria. Este es un proceso que debe darse durante todo el proceso de atención y está enmarcado en la Ley 26.529, de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Es necesario que la ILE sea accesible para todas las personas debido a que “no deben interponerse obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la prestación de una ILE, ya que ponen en riesgo la salud de quien requiere la práctica” (Ministerio de Salud, 2015, p. 13). Todos los efectores de salud (privado, público y obra sociales) deben garantizar el derecho al acceso a una ILE. La interrupción del embarazo debe ser practicada por el equipo de salud sin intervenciones adicionales innecesarias, sean médicas, administrativas o judiciales. Es requisito no judicializar. La decisión de la persona es incuestionable y no debe ser sometida a juicios de valor personales o religiosos.

Interrupción legal del embarazo y derechos reproductivos. Aportes para la implementación de dispositivos de consejería en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Las prácticas de las ILEs se enmarcan en los principios bioéticos de *confidencialidad* y de *privacidad* en tanto “los servicios donde se lleven a cabo procedimientos de ILE deben respetar la privacidad de las mujeres durante todo el proceso” (Ministerio de Salud, 2015, p. 13). Por último, mencionamos que un eje rector a considerar es la transparencia activa:

Los profesionales de la salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar toda la información disponible de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita. Dicha información debe ser actualizada, completa, comprensible y brindada en lenguaje accesible. (Ministerio de Salud, 2015, p. 13)

Retomando lo anteriormente dicho, es importante resaltar las responsabilidades que le corresponden a todos los servicios de salud (públicos, privados y obras sociales): Brindar información clara y completa para que la persona tome una decisión autónoma, garantizar la confidencialidad y la privacidad, garantizar la interrupción del embarazo en condiciones seguras y sin riesgos, según las recomendaciones de los estándares científicos de calidad, garantizar rapidez en la atención y en la interrupción, sin judicializarla.

Los equipos que realicen ILE deberían incluir médicas/os, tocoginecólogas/os, generalistas, clínicas/os, anestesiólogas/os y pediatras; psicólogas/os; trabajadoras/es sociales; obstétricas/os; enfermeras/os. También son actores importantes el personal administrativo y de seguridad de los establecimientos. Como se ha mencionado, la calidad de la atención y los requisitos para acceder a la práctica de ILE son similares en establecimientos públicos y privados (prestadores de obras sociales o prepagas). También lo es la responsabilidad de los profesionales en caso de no respetar los derechos de las personas. En todos los casos se recomienda trabajar con equipos interdisciplinarios.

El mencionado protocolo señala que:

Las/los profesionales de la salud podrán ser responsables penal, civil y/o administrativamente por el incumplimiento

de sus obligaciones en el ejercicio de su profesión cuando, de forma injustificada, no constaten la existencia de alguna de las causales previstas en el Código Penal para la realización de una ILE, realicen maniobras dilatorias durante el proceso, suministren información falsa o cuando prevalezca en ellos una negativa injustificada a practicar el aborto. (Ministerio de Salud, 2015, p. 19)

En cuanto a la aplicación de la ILE, todo equipo de salud deberá estar comprometido para cumplir con los siguientes requisitos: realizar un encuadre pertinente en la atención que corresponde en informar correctamente acerca de las posibilidades que tiene la usuaria para llevar a cabo la ILE; tener un vínculo empático y buena comunicación con la usuaria; que el equipo de salud oriente de manera responsable acerca de sus derechos al momento de practicar o no la ILE. A su vez, el equipo interviniente debe informar sobre los requisitos necesarios para acceder a una ILE según la causal. En los embarazos encuadrados en la causal salud, se deben describir los riesgos asociados a la continuación del embarazo. En los casos de violación, informar sobre la opción de denunciar, pero aclarando que no es un requisito para acceder a la práctica de una ILE (Ministerio de Salud, 2015). Es importante detallar a la paciente cuáles son los procedimientos posibles para la interrupción del embarazo. El equipo de salud debe investigar e interiorizarse sobre la red de apoyo con que cuenta la mujer, así como también debe ofrecer anticoncepción post aborto.

Además, otro de los requisitos es que el equipo de salud interviniente tiene la obligación de completar la historia clínica de manera responsable con el consentimiento informado correspondiente. El consentimiento informado recorre todo el proceso de atención e implica que la persona pueda contar con toda la información necesaria para tomar decisiones en forma autónoma y consciente. Es importante señalar que “cuando la mujer que consulta manifieste que el embarazo que cursa es producto de una violación, la/el médica/o tratante debe solicitarle que realice una declaración jurada en la que exprese haber sido víctima de un hecho de ese tipo” (Ministerio de Salud, 2015, p. 29).

Interrupción legal del embarazo y derechos reproductivos. Aportes para la implementación de dispositivos de consejería en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Bajo ninguna circunstancia es necesario que describa los hechos y detalles, incluso si en el modelo de historia clínica o consentimiento que se utilice se solicitan.

El último requisito que debe cumplir el equipo de salud interviniente es realizar los estudios médicos correspondientes. En los casos en que la mujer opte por realizar la interrupción del embarazo, la/el médica/o tratante debe valorar cuál es el método más apropiado para realizarla. El procedimiento a utilizar dependerá de la edad gestacional, el deseo de la mujer y las posibilidades del centro asistencial (Ministerio de Salud, 2015).

Viñetas clínicas

A continuación se intentará articular algunas viñetas extraídas de la práctica clínica con aspectos que resultan importantes al ponderar el cumplimiento del protocolo vigente:

Viñeta 1: Una mujer de 35 años llega a consultar a un Centro Integral de la Mujer porque desea realizar la interrupción del embarazo que está cursando. Se muestra altamente angustiada y nerviosa. Al indagar un poco acerca de los motivos de dicha angustia la paciente, entre otras cuestiones, menciona que, al ir a realizarse la ecografía necesaria para poder iniciar el aborto, las primeras palabras del médico tratante fueron “¡Felicitaciones! Vas a ser mamá” para, acto seguido, obsequiarle una bolsa de pañales.

Aquí un efector de salud pareciera homologar la idea de maternidad a un destino biológico y experiencia de felicidad y plenitud para todas las mujeres. Cabe preguntarse cómo el efector de salud puede garantizar información completa, orientación acerca de derechos y acceso a procedimientos cuando su consulta está atravesada por significaciones imaginarias propias y relativas al género. En ausencia de las primeras condiciones para un encuadre de respeto y no violencia, se puede conjeturar que tampoco aparecerán cuidados necesarios como información para la prevención de futuros embarazos y anticoncepción. Esta viñeta nos muestra la gran importancia de la formación de los profesionales en derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en el aspecto de derechos, para erradicar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica y asegurar el acceso. Por otra

parte, nos permite vislumbrar una de las modalidades de violencia hacia la mujer descritas anteriormente. Hablamos, pues de la violencia obstétrica, que se refleja en las felicitaciones del médico y en su “obsequio”, por cuanto ejerce un maltrato psicológico sobre la paciente en situación de aborto.

Viñeta 2: N, de origen humilde, acude a psicoterapia por medio de una obra social. En una sesión cuenta que no tuvo más hijos porque no le gustan los niños. Se angustia mucho y relata una situación de aborto muy confusa, la cual está regida por la culpa que siente por no desear un hijo. Explica que tomaba la píldora anticonceptiva, pero que como se iba de viaje durante un mes no inicia una nueva caja. Al regresar tiene relaciones con el marido. Esto la hace pensar que está embarazada y que no desea estarlo. Una curandera confirma el embarazo porque le toma el pulso y siente dos latidos. La curandera le da unas hierbas para tomar y ella menstrúa a los pocos días.

En esta situación encontramos a una mujer que tiene acceso a la salud al contar con obra social y un ginecólogo que le brinda pastillas anticonceptivas. Sin embargo, se encontraba tomando un fármaco cuyo funcionamiento no comprende. Nos preguntamos si quien le recetó las pastillas dio por sentado que la paciente conocía la lógica del ciclo menstrual y comprendía el aparato reproductor. Aquí, si bien existe el acceso, el empoderamiento del usuario mediante la promoción de la salud no aparece y cae en la falsa idea de la responsabilidad individual y subsecuente sentimiento de culpa. Un espacio de consulta donde se cumpla el Protocolo y se pueda evaluar multidimensionalmente la situación de N, daría no solamente la posibilidad de confirmar verazmente un embarazo, sino también la oportunidad de recibir la educación sexual y reproductiva necesaria para que la paciente pueda ejercer su derecho a planificar sus embarazos, además de poder reflexionar acerca del imperativo de maternidad que la angustia.

Viñeta 3: C es una mujer de 18 años que llega al servicio de un Centro Integral de la Mujer acompañada de su pareja para interrumpir el embarazo que se encuentra cursando. Ella se

Interrupción legal del embarazo y derechos reproductivos. Aportes para la implementación de dispositivos de consejería en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

muestra fuertemente convencida de la decisión que ha tomado, y su pareja apoya y acompaña esta decisión. A la hora de indagar acerca del lugar físico donde realizará el procedimiento con misoprostol, C menciona que quiere hacerlo en la casa de sus suegros, quienes sin embargo no saben nada de lo que está sucediendo. Al preguntarle si quisiera contarles a sus suegros, para que estos puedan asistirle en caso de ser necesario, C se niega rotundamente y dice “si les cuento esto, después no voy a poder mirarlos a los ojos”.

Nos interesa subrayar, en el marco de las consultorías en las que se asiste a las personas gestantes en todo lo necesario a la hora de realizar un aborto farmacológico, la importancia de la exhaustividad en lo referente a la psicoprofilaxis. La consultoría facilitará un proceso donde la persona pueda sentir que tiene el control de la situación, sabiendo con qué recursos cuenta, cómo organizará el escenario, incluso el momento del día y decidir cuál es la mejor opción en función de su red de apoyo. Todo esto se cumple siempre y cuando los profesionales tengan presente el respeto por el principio de autonomía, promoviendo la reflexión crítica y absteniéndose de dar indicaciones morales. Asimismo, quisiéramos destacar cómo, a pesar de la existencia del protocolo, el contexto restrictivo y de prohibición tiene efectos en el proceso de decisión cuando la paciente piensa en mantener el secreto por el juicio y la condena que podría recibir de parte de los suegros.

Viñeta 4: R queda embarazada de su pareja y ambos deciden que no es buen momento para ser padres, quieren trabajar, estudiar y viajar, así que acuden a un médico privado para realizar un aborto. Años después, consulta a un psicólogo de forma privada porque no logra quedar embarazada. R recuerda en sesión aquel aborto: el médico le realizó una ecografía, ella vio la imagen y se sorprendió. Entonces el médico rápidamente apagó el monitor y le dijo que no le realizaría el procedimiento. Ella acude a otro médico y concreta el aborto. La paciente, ahora arrepentida, supone que ese médico vio un deseo de ser madre en ella y por eso interrumpió la consulta abruptamente.

Una vez más puede apreciarse que el contexto restrictivo tiene efectos en la toma de decisiones. R se encuentra decidiendo sola y apresuradamente. La decisión de abortar es compleja y puede generar sentimientos contradictorios. Un equipo de salud debe poder acompañar esa reflexión y ampliar la percepción desde lo que la persona plantea y sin imponer mediante preguntas directivas o abordar la entrevista desde los atravesamientos personales. Sin embargo, la entrevista tampoco puede ser un mero requisito burocrático. Si bien el proceso de decisión debe estar libre de obstáculos burocráticos o judiciales, instaurar un tiempo y espacio para la reflexión, en el cual, por ejemplo, se pueda abordar el proyecto de vida de quien solicita la interrupción del embarazo puede ser beneficioso para la reflexión crítica y una decisión libre de sentimientos de culpa. En este caso, no aparece la maternidad como mandato, por el contrario, hubo cierto empuje a la decisión de abortar que, dada la condición de ilegalidad, no le permitió a R tener este espacio y tiempo para pensar que quizás deseaba continuar con este embarazo. A su vez, la condición de ilegalidad no ampara a la paciente ante la violencia obstétrica que ejerció el médico al dejarle ver la ecografía.

Aplicación en dispositivos de saludos: reflexiones finales

Resulta importante destacar que en nuestro país la normativa vigente en materia de interrupción legal del embarazo toma como apoyatura fundamental a la Declaración de Derechos Humanos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948) y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2013). En este sentido, las causales para solicitar dicho procedimiento deberán contemplar aquello que la ley define como salud mental: “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, Art. 3, p. 10). En el marco de dicho paradigma es que se consideran los diversos modelos de aplicación, los cuales tienen

Interrupción legal del embarazo y derechos reproductivos. Aportes para la implementación de dispositivos de consejería en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

como horizonte la preservación de la subjetividad de la persona gestante y su bienestar integral.

En este sentido, a la hora de plantear posibles dispositivos de Salud que garanticen la ILE se debe pensar en los dos ejes centrales de Atención Primaria de la Salud: la accesibilidad al sistema de salud en términos equitativos y el empoderamiento del usuario mediante prácticas de prevención y promoción de la salud, que lo vuelvan partícipe en la construcción de las mismas (Stolkiner & Solitario, 2006). De este modo, intenta evitar los juicios morales que recaen sobre la usuaria y/o su estigmatización, que implicaría una *expropiación del cuerpo* (Scribano, 2009), para fomentar prácticas que desde un paradigma de salud integral garanticen la accesibilidad al sistema de salud.

Actualmente, producto de la elaboración del *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*, el fallo F.A.L. y la conformación de la Coordinación de Salud Sexual e Infecciones de Transmisión Sexual, se comienza a proveer de medicación abortiva al primer nivel de atención para intervenciones hasta el primer trimestre de embarazo. A pesar de esto, son pocos los centros que tienen acceso a esta medicación.

A su vez, la falta de difusión y capacitación sobre la temática genera que este recurso sea poco conocido por las mujeres e incluso por los profesionales que se desempeñan en servicios de salud de cualquier nivel. No debe soslayarse que, de acuerdo a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), la paciente tiene derecho a ser informada de manera adecuada y comprensible de los derechos que la asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, y consecuentemente, derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades. Por este motivo, se deben desarrollar políticas públicas que faciliten el goce de las permisiones hasta que no se modifique la ley y no se requiera de “causales” para acceder a una ILE. Esto debe estar acompañado por políticas de comunicación enmarcadas en la prevención y promoción de la salud, que acerquen y familiaricen información general y en específico acerca de estas

prácticas a la población y desde cada efector se debe apuntar a estrategias que, teniendo en cuenta a la comunidad, puedan acercar información a la misma. El tipo de estrategia que se utilice dependerá de las características de cada comunidad, pero puede pensarse en modalidades tipo taller e intervenciones por fuera del centro de salud, ya sea en escuelas, centros barriales, plazas, en los que se podría contar con la colaboración de alguna propuesta artística, por ejemplo. Entendemos que para que esto ocurra, se requiere de un Estado sumamente presente.

Al respecto, Lewkowicz (2004) señala que anteriormente el Estado se alzaba como la principal institución instauradora de subjetividad, a la vez que se revelaba como una supra institución, garante de una red de conexión entre las instituciones que la conformaban. Actualmente, el mismo Estado se ha vuelto impotente, pues ha sufrido un desfundamiento y en consecuencia ha perdido su capacidad ordenadora. El retiro del Estado como tal trae aparejado un sentimiento de desolación, en tanto no hay a quien reclamar, no hay quien garantice una solución o un castigo. No hay un Otro al que interpelar. En este sentido, entonces, el sujeto se encuentra desamparado. Esto último es abordado por Juan Mitre (2014) quien brinda ciertos orientadores clínicos, plausibles de pensar en relación a la temática que aquí nos convoca. Encontramos que el relato de mujeres vulneradas en sus derechos suele estar acompañado de hechos sumamente terribles y apabullantes. El autor señala la importancia de no dejarse tomar por esto último, evitando la *pregnancia imaginaria*, para así mantener el alojamiento de la propia escucha. En esta misma línea, se resalta la importancia de cierto *holding*- en términos de sostener, de estar, de poner el cuerpo- por parte del profesional. Esta mirada permitiría y ayudaría a crear un ambiente seguro y confiable, para una persona que probablemente se ha visto defraudada por algún Otro. Esto último posiblemente se ponga en juego a nivel transferencial (en su vertiente negativa), debiendo el profesional tolerar dichos embates pulsionales. Si logra no perecer, sosteniéndose en su posición y mostrándose disponible -evitando así entrar en la serie de los “defraudadores”- se desarrollará cierta confiabilidad que logrará disminuir el sentimiento de imprevisibilidad que amenaza constantemente

Interrupción legal del embarazo y derechos reproductivos. Aportes para la implementación de dispositivos de consejería en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

en estos casos. El mundo empezará a mostrarse como un lugar más seguro, más predecible, más estable. A partir de esto, es que se podrá comenzar a ubicar ciertas coordenadas de los puntos de quiebre en su vida: momentos de desamparo, de caídas, de desolación, pero también de situaciones donde se mostró funcional y resolutive. Esto permitirá no solo historizar, sino también que emerjan nuevas significaciones posibles, nuevas versiones de la propia historia. Es importante que mientras esto ocurra, se pueda des-responsabilizar al sujeto de aquella coyuntura dramática -trauma, falla ambiental, abandono estatal- que en su vida le ha tocado en suerte padecer. Esto produciría cierto alivio. No obstante, sigue siendo fundamental ubicar la responsabilidad de ese sujeto, pues eso lo rescatará de quedar ubicado como un mero objeto. Pues bien, la responsabilidad vendrá después: será la respuesta que el sujeto pueda -acorde a sus posibilidades- brindar frente al hecho que ha conmovido su ser.

Continuando con lo antedicho, se puede pensar en un modelo de intervención que apunte a la atención integral, que aborde desde casos de violencia de género hasta consultas por derechos relativos a la Salud Sexual y Reproductiva (Bernabó & Kielmanovich, 2016). En él se ofrece a la mujer acompañamiento en opciones frente a un embarazo no planificado, entre ellas la posibilidad de interrumpirlo garantizando el acceso a una ILE si se evalúa que el caso puede enmarcarse en las causales de no punibilidad: causal riesgo de vida, causal salud, causal violación. En caso de no poder ser enmarcado en estas causales o de que la mujer no desee que la práctica quede registrada en el sistema, se ofrece consejería pre y post aborto. En estos casos, se apunta a asesorar a las mujeres antes y después de la interrupción del embarazo que realicen fuera del sistema de salud, de manera que se pueda reducir la mortalidad que el aborto inseguro puede acarrear. Esta última práctica resulta fundamental dado el marco legal vigente y se ampara en el reconocimiento del derecho constitucional a la información de todas las personas y en la perspectiva de reducción de riesgos y daños (Ramognino, 2017). En todos los casos, desde estos dispositivos se debe brindar información sobre: métodos seguros para abortar, efectos esperables, pautas de alarma, métodos

anticonceptivos y prevención de enfermedades de transmisión sexual, derivándose de manera acompañada a los servicios pertinentes en caso de que la situación lo requiera. Entre éstos últimos se encuentran: asesorías de métodos anticonceptivos, servicios de salud mental, centros de prevención/asesoramiento/diagnóstico de enfermedades infectocontagiosas (CePAD), Programa de Alumnas Madres, servicios de ginecología, etc.

Es importante también reconocer que el aborto genera en muchos profesionales de la salud reacciones emocionales e ideológicas, las cuales conllevan una transmisión poco clara y exhaustiva sobre el estado de salud de la persona gestante, en algunos casos omitiendo brindar información sobre las posibilidades con las que cuenta. Estos argumentos son portadores de significaciones acerca de la maternidad, la subjetividad femenina, la sexualidad, las relaciones de poder entre los géneros y las relaciones de poder que configuran la relación sanitaria. En muchas ocasiones se observa cómo estas prácticas no se corresponden con el derecho de la paciente a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010, Art. 7, p. 13). Partiendo entonces de que estas significaciones inciden sobre sus prácticas y sobre sus modos de abordaje, y que recursivamente van produciendo subjetividad en las mujeres usuarias, se propone un espacio de formación, capacitación y debate acerca de estas temáticas apuntado a los y las profesionales de cada efector. Espacios donde pueda trabajarse sobre estas tensiones y los temores, desde donde muchas veces parten sus preocupaciones, por falta de respaldo del sistema de justicia.

Es importante destacar que el modelo actual, por causales, genera *per se* una cuota de sufrimiento. El hecho mismo de justificar “por qué tenés que abortar” o peor aún “por qué no querés ser madre”, para que ésta práctica sea enmarcada en alguna de las causales, remite directamente al imperativo de serlo, a la homologación del género y a la función mujer-madre (Bernabó & Kielmanovich, 2016). Por lo tanto, en calidad de profesionales de Salud Mental, dentro de un equipo interdisciplinario -junto a Trabajadores Sociales y Médicos Generalistas que deben conformar el abordaje en estos dispositivos- se tendrá

Interrupción legal del embarazo y derechos reproductivos. Aportes para la implementación de dispositivos de consejería en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

deconstruir junto con las mujeres el imaginario social e individual en relación al aborto, permitiendo así que, con la información necesaria, tomen una decisión que se encuentre en línea con su deseo.

Notas

Debe tenerse presente que a partir de la resolución de actualización del *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo* del Ministerio de Salud en 2019 se espera que dichas circunstancias se vean modificadas, si bien aún no se cuenta con datos fehacientes.

Referencias

- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de [https://undocs.org/es/A/RES/217\(III\)](https://undocs.org/es/A/RES/217(III))
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
- Bernabó, S. y Kielmanovich, M. (2016). La consultoría integral de la Mujer. Una estrategia para la atención del aborto. Alcances y desafíos, *Jornadas Htal. E. Tornú*, Buenos Aires, Argentina.
- Bourdieu, P. y Loic W. (1995). *Respuestas para una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Congreso de la Nación Argentina. (1990, 14 de septiembre). Ley N° 23.798/1990 Nacional de Sida. *Boletín Oficial de la República Argentina*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/resaltaranexos/0-4999/199/norma.htm>
- Congreso de la Nación Argentina. (2002, 22 de noviembre). Ley N° 25.673/2002 Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. *Boletín Oficial de la República Argentina*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>
- Congreso de la Nación Argentina. (2004, 17 de septiembre). Ley N° 25.929/2004 Parto Humanizado. *Boletín Oficial de la República Argentina*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- Congreso de la Nación Argentina. (2006, 28 de agosto). Ley N° 26.130/2006 Anticoncepción Quirúrgica. *Boletín Oficial de la República Argentina*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/119260/norma.htm>
- Congreso de la Nación Argentina. (2009, 14 de abril). Ley N° 26.485/2009 Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. *Boletín Oficial de la República Argentina*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- Congreso de la Nación Argentina. (2010, 2 de diciembre). Ley N° 26.657/2010 Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial de la República Argentina*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Congreso de la Nación Argentina (2018). Proyecto de Ley no promulgado: Interrupción Voluntaria del Embarazo y sus fundamentos. Recuperado de: <https://www.hcdn.gob.ar/proyectos/textoCompleto.jsp?exp=4161-D-2016&tipo=LEY>
- Donoso Sabando, C. (2016). Despenalización del aborto en Chile. Una cuestión de justicia social. *Acta Bioethica*, 22(2). 159-167. Recuperado de: <https://actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/43753/45790>
- Figueroa García-Huidobro R. (2013). *La moralidad del aborto: ampliando la discusión*. *Acta bioethica*; 19(1): p. 105-112.
- Klein, L. (2018). *Entre el crimen y el derecho. El problema del aborto*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Planeta.

Interrupción legal del embarazo y derechos reproductivos. Aportes para la implementación de dispositivos de consejería en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

- Herrera M. y Salituri Amezcua M.M. (2018). *El derecho de las familias desde y en perspectiva de géneros*. Revista de Derecho; (49): p. 43-76.
- Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado: la subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- Mazur, V., Pistani, L. y Portnoy, F. (2016). Respuesta a ILE en el Sistema de Salud de CABA. *Curso Red de equipos en SSyR*. Hospital Penna, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación (2012). Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica 2010. Extraído de <http://www.deis.gov.ar>, acceso 29 de marzo de 2012.
- Ministerio de Salud (2015) *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf
- Mitre, J. (2014). *La adolescencia: esa edad decisiva. Una perspectiva clínica desde el psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires. Editorial Grama.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Ramognino, P. (2017). Salud Sexual y Política. *Jornadas del Htal. Rivadavia*, Buenos Aires, Argentina.
- Scribano, A (2009). *Cuerpo(s), Subjetividad(es) y Conflicto(s) : hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica*. Ciccus: Argentina
- Stolkiner, A y Solitario, R (2006). “Atención primaria de la Salud y Salud Mental: La articulación entre dos utopías” en *Boletín dpt N10*, Buenos Aires.
- Tajer D. (2018). *La clandestinidad del aborto y la salud mental de las mujeres*, Revista ISALUD; 13(61) p. 14-16.

Recibido: 3/5/2020

Aceptado: 26/11/2020