

# BOLETÍN

DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE  
SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)



*“Generosidad absoluta, esto es lo que hace respetable la actitud del medico”*

**Gregorio Marañón (1887-1960)**

*Médico endocrinólogo, científico, historiador, escritor y pensador español*

## DIRECTOR DEL BOLETIN:

Pío Iván Gómez Sánchez.

## COMITÉ EDITORIAL:

René Castro, José Figueroa, Octavio Miranda, Angélica Vargas

## DISEÑO y DIAGRAMACIÓN:

Fundación Cultural Javeriana de artes Gráficas –JAVEGRAF–

## Dirección Administrativa FLASOG Sede Permanente FLASOG

**Dirección:** Plaza Comercial San Fernando, primer piso, of. Nro. 26. Panamá, República de Panamá

**Teléfono:** +507 261-9873

**Correo electrónico:** oficina@flasog.org

## COMITÉ EJECUTIVO

Dr. Edgar Ivan Ortiz Lizcano. Presidente  
Dr. Rafael Padrón Burgos. Vice-Presidente  
Dr. Néstor César Garelo. Secretario  
Dr. Rodrigo Alfonso Arias Alvarez. Tesorero  
Dr. Samuel Karchmer K. Presidente Electo  
Dr. José Fernando De Gracia S. Past Presidente

## DIRECTORES

Dr. Ricardo Fescina Director Ejecutivo  
Dr. Rubén Darío Mora Director Administrativo  
Dr. Paulino Vigil Coordinador Científico

## COMITÉS DE FLASOG Periodo 2014-2017

### Comité Científico del XXII Congreso FLASOG 2017

Dr. Paulino Vigil De Gracia (Coordinador)  
Dr. Javier Gómez Pedroso  
Dr. Kristian Navarro  
Dr. Miguel Ruoti  
Dr. William Sánchez

### Comité de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Dr. Pío Iván Gómez Sánchez (Coordinador)  
Dr. René Castro  
Dr. José Cender Figueroa  
Dra. Octavio Miranda Ruiz  
Dra. Angelica Vargas

### Comité Medicina Reproductiva

Dra. Ivonne Díaz (Coordinadora)  
Dr. Jorge Alberto Campos Cañas  
Dr. Roberto Epifanio Malpasi  
Dr. Alfredo Celis  
Dr. Ricardo Agustin Hernan

### Comité de Climaterio

Dr. Jose de Jesús Montoya (Coordinador)  
Dra. María Cecilia Arturo Rojas  
Dr. Néstor Siseles  
Dr. Julio Pozuelos  
Dr. Alejandro Paradas Caba  
Dr. Julio Morfín Marín

### Comité de Mortalidad Materna

Dr. José Douglas Jarquin (Coordinador)  
Dr. Paulo Meade  
Dra. Wendy Carcamo  
Dr. Juan Trelles  
Dr. Héctor Bolatti  
Dra. María Fernanda Escobar Vidarte  
Dr. Mario Pérez  
Dr. Eghon Guzmán

### Comité de Endoscopia Ginecológica

Dr. Jimmy Castañeda (Coordinador)  
Dr. Jorge Sarrouf  
Dr. Guillermo Campuzano  
Dr. Milciades Albert  
Dr. Miguel Cáceres

### Comité Científico y de Congresos

Dr. Paulino Vigil de Gracia (Coordinador)  
Dr. William Sánchez  
Dr. Christian Navarro  
Dr. Miguel Ruoti Cosp  
Dr. Javier Gómez Pedroso  
Dr. Germán Thevenet

### Comité de Desarrollo Organizacional

Dr. Rubén Darío Mora (Coordinador)  
Dr. Nestor Garelo  
Dr. Alfonso Arias  
Ing. Diana Cuintaco  
Dr. Alvaro Erramuspe

### Comité de Cáncer Ginecológico

Dr. Gustavo Ferreiro (Coordinador)  
Dr. Agnaldo Lopes Da Silva Filho  
Dra. Lina María Trujillo  
Dr. Erick Jacobo Alvarez Rodas  
Dra. Agueda Santana Martinez  
Dr. Valentín Jaimes  
Dr. Antonio Villavicencio

### Comité de Perinatología

Dr. Eduardo Valerio Fonseca (Coordinador)  
Dr. Rogerio Cruz  
Dr. Alcibiades Sales  
Dra. Catalina Valencia  
Dra. Ana Bianchi

### Comité de Infanto Adolescencia

Dra. Margarita Castro (Coordinadora)  
Dr. Jorge Peláez  
Dra. Marisa Labovsky  
Dr. Raúl Bermúdez  
Dr. Mercedes Pérez  
Dra. Grisel Valerio

### Comité de Promoción de la Salud y Desarrollo Profesional

Dr. Ricardo Fescina (Coordinador)

### Comité de Nominaciones

Dr. José De Gracia  
Dr. Roberto Nilson De Melo  
Dr. Angel Terrero  
Dr. Carlos Fuchtnet

## Advertencia

*Todas las precauciones razonables han sido tomadas por la FLASOG para verificar la información contenida en este boletín. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía explícita o implícita de ningún tipo.*

*Las ideas expuestas por los(as) autores(as) no reflejan necesariamente la opinión oficial de la FLASOG.*

*La responsabilidad de la interpretación y uso de este material es de los(as) lectores(as) y en ningún caso la FLASOG será responsable por daños y/o perjuicios derivados de su uso.*

## TRAYECTORIAS PROFESIONALES DE MÉDICOS Y MÉDICAS PROVEEDORES DE INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN ARGENTINA\*

Dalia Szulik (CONICET)

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)  
Argentina

Nina Zamberlin (IPPF/RHO)

Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Occidental (IPPF/RHO)

### INTRODUCCIÓN

En Argentina el aborto está legalmente restringido. Desde 1922 el Código Penal lo tipifica como un delito y lo sanciona con prisión para quien lo efectúa y para la mujer que se lo causara o consintiera<sup>1</sup>. No obstante, el artículo 86 establece causales específicas de despenalización cuando el embarazo representa un riesgo para la vida o la salud de la mujer, y cuando el embarazo es producto de violación<sup>2</sup>.

A pesar de que esta normativa existe desde hace más de 90 años, en la práctica ha sido ignorada y ha operado una prohibición absoluta hasta muy recientemente. Los abortos permitidos han sido históricamente inaccesibles en el sistema público de salud por la restrictiva interpretación

de las causales de despenalización<sup>3</sup> y/o la negativa de los médicos a realizarlos. La regla del estado ha sido el silencio y la reticencia a abordar la cuestión del aborto no punible como responsabilidad del estado y derecho de las mujeres (Bergallo, 2011).

Esta situación comenzó una gradual reversión a partir del 2005 cuando varios casos resonantes de denegación al acceso al aborto no punible tomaron estado público y pusieron en evidencia la vulneración de los derechos de las mujeres por parte del Estado. En principal punto de inflexión está en un fallo de la Corte Suprema de Justicia del año 2012 conocido como fallo FAL, donde el máximo tribunal se pronunció sobre el alcance del permiso para el aborto en casos de violación establecido en el inciso 2 del artículo 86 del Código Penal reafirmando que el aborto está permitido en todos los casos de violación (sin importar la capacidad de la mujer) y que no se requiere autorización judicial previa para la práctica de un aborto no punible. Asimismo, el fallo señala que no se requiere de la denuncia penal o policial de la violación sino que basta la declaración jurada de la mujer presentada ante el profesional de la salud interviniente<sup>4</sup>.

\* Este estudio fue realizado para FUSA AC con apoyo de la Federación Internacional de Planificación Familiar - Región Hemisferio Occidental (IPPF/RHO).

1 El artículo 85 del Código Penal Argentino establece que el que causare un aborto será reprimido: 1) con reclusión o prisión de tres a diez años, si obrare sin consentimiento de la mujer. Esta pena podrá elevarse hasta quince años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer; 2) con reclusión o prisión de uno a cuatro años, si obrare con consentimiento de la mujer. El máximo de la pena se eleva a seis años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer.

2 El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1° 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. 2° 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.

3 El peligro para la salud contemplado como casual de no punibilidad se ha entendido casi exclusivamente en términos de la salud física y de riesgo grave. Mientras que la permisión del inciso 2° ha sido interpretada erróneamente limitando su alcance exclusivamente a las mujeres violadas que sufren una discapacidad mental y excluyendo a las que no (Bergallo y Ramón Michell, 2009).

4 <http://www.saij.gov.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf>

Ningún gobierno nacional ha dado apoyo político definido a la interrupción legal del embarazo (ILE) y la garantía de su acceso, pero se ha logrado avanzar con la protocolización de la práctica en documentos del Ministerio de Salud de la Nación (una primera versión en 2007, luego una revisión en 2010 y otra en 2015<sup>5</sup>) donde se incluye una interpretación amplia del artículo 86 del Código Penal, a la luz de las normas constitucionales y de los tratados de derechos humanos de rango constitucional que reconocen los derechos a la igualdad, a la salud, a la autodeterminación, a la privacidad, y a la no discriminación. Algunos gobiernos provinciales también han elaborado sus propios protocolos aunque en muchos casos éstos incluyen abordajes restrictivos que no se alinean con el fallo FAL o el protocolo nacional (Asociación por los Derechos Civiles, 2015).

Estos procesos van cobrando cuerpo y se visualizan en diversos servicios de salud que paulatinamente se muestran más proclives a realizar la práctica aunque no libres de resistencias y dificultades.

En Argentina son escasos los estudios que abordan la problemática del aborto a partir de la comunidad médica, y el foco ha estado puesto principalmente en sus actitudes hacia al aborto en general, el conocimiento de la normativa, y especialmente la atención postaborto (Ramos et al, 2001, Szulik et al, 2008, Romero et al, 2010). No hay estudios que aborden la experiencia personal de los proveedores de aborto legal. Se espera que los resultados de este trabajo contribuyan a una comprensión más profunda de la dinámica social del aborto en el contexto local actual, contribuyendo a la comprensión de la coyuntura particular que atraviesa la Argentina, caracterizada por mejores condiciones para la instalación de la práctica de ILE especialmente a partir del fallo de la Corte Suprema.

## Objetivo

El presente estudio se propuso dar cuenta de la experiencia subjetiva de médicos/as que proveen servicios de aborto legal en el sistema público de salud, con foco en su trayectoria personal y profesional en el marco del proceso gradual de institucionalización de esta práctica.

## Abordaje metodológico

Se trata de un estudio exploratorio y cualitativo. La técnica de recolección de la información fue la entrevista en profundidad en el marco del uso del método biográfico. El estudio se planteó como un estudio de caso, en el que se examinaron situaciones únicas -en este caso, personas únicas-, cuyas experiencias personales y vitales se convirtieron en el instrumento y argumento centrales de análisis.

El trabajo de campo fue realizado durante el primer semestre de 2014. Se realizaron entrevistas personales, previa obtención del consentimiento informado, en su mayoría en los lugares de trabajo de los profesionales, y vía Skype con los que residen fuera de la Ciudad de Buenos Aires. Las mismas fueron grabadas digitalmente y transcritas en su totalidad.

La muestra fue intencional y por bola de nieve. Fueron entrevistados 20 médicos/as experimentados en la práctica de aborto no punible, de los cuales 17 son tocoginecólogos/as y 3 médicos generalistas; 12 mujeres y 8 varones, de edades que oscilan entre 26 y 65 años. Ocho trabajan en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, 4 en instituciones del Gran Buenos Aires y los 8 restantes en diferentes provincias argentinas (Santa Fé, Chubut, Neuquén y Córdoba). Todos se formaron en universidades públicas y todos, excepto uno, ejercen actualmente en instituciones públicas de salud (hospitales o centros de atención primaria), algunos combinándolo con la práctica en el sector privado.

## Resultados y discusión

### Las trayectorias

A pesar de la variedad geográfica y de la diferencia de momentos históricos en los que cursaron la carrera universitaria los/as entrevistados/as, predomina una mirada crítica hacia el tipo de medicina en el cual fueron formados, anclada en un abordaje biologicista y organicista, con ausencia de enfoque social y perspectiva de derechos.

*La universidad no nos prepara en absoluto más que en la parte biomédica y con una interpretación biomédica patriarcal y obviamente que no se ajusta después a la realidad.*

*Yo de la facultad lo que me acuerdo es que lo importante era saber la lección... hay poco diálogo de lo extramédico, de lo político (...) me parece que falta la parte social, humanitaria.*

La mirada crítica se extiende a la organización de la profesión y hacia la estructura de poder que conlleva.

*El sistema de residencia es una formación vertical, que en la época en que yo la hice era un sistema de formación donde primero hay que abolir la voluntad... es muy particular, muy verticalista, llena de castigos.*

Con respecto al abordaje de la problemática del aborto durante la formación de grado, se observa un consenso absoluto respecto de su ausencia. Esta temática aparece como tabú, prohibida, con una connotación altamente negativa donde se destaca su punibilidad.

*En la UBA del aborto no se hablaba, el aborto era ilegal, te hablaban del aborto criminal y era un tema tabú.*

5 Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>

*Durante el grado siempre se hablaba de aborto con una connotación muy negativa. Se hablaba pestes del aborto. En la cátedra de ginecología se daban las especificaciones más biológicas de los abortos, pero obviamente siempre teñido con un tinte político bastante claro. Lo más grave me parece que fue en la cátedra de medicina legal que a nosotros nos enseñan a obligación de los médicos de denunciar.*

*“Técnicamente la formación estuvo destinada más que nada a atender a la mujer en el aborto incompleto, el raspado, o sea, la formación se centraliza en eso, en cómo resolver lo quirúrgico. Yo creo que en eso salimos bien preparados, todos saben hacer una cesárea bien, todos saben hacer un raspado bien hecho. En lo técnico el aprendizaje es bueno, y hay mucha energía puesta en eso. Se pierde el contexto de la persona, el contexto de la atención. Trabajás con un útero, trabajás con un pedazo del cuerpo.”*

La denuncia policial de la mujer sospechada de haberse practicado un aborto era rutinaria en los espacios de formación.

*A uno le enseñan que cuando venía una mujer con un aborto provocado había que hacer la denuncia, había que anotarlo en el libro de policiales de la guardia. O sea, por más que la guardia de Ginecología, de Obstetricia, quedaba en otro piso, había que bajar a la guardia general y entonces anotar en el libro de policiales donde se anotaban los accidentes, los baleados, también las mujeres que entraban en situación de aborto provocado, que ellas decían que habían ido a algún lugar o que a partir del examen físico uno se daba cuenta de que se había hecho maniobras*

Es posible atribuirle a la denuncia cierto “efecto positivo” en la trayectoria de algunos de los entrevistados, en el sentido de que funcionó como elemento que contribuyó a tomar conciencia de lo que significa un aborto para las mujeres, por la propia incomodidad de verse involucrados en una escena tan ajena y lejana a su deber ser profesional como lo es la escena policial y por la resignificación de esta cuestión en cuanto a la necesidad de despenalizar a la mujer y combatir las prácticas clandestinas para mejorar su salud.

*Me acuerdo una vez, yo estaba en una clínica y viene una mujer con un aborto provocado e hice la denuncia policial, tuve que ir a la policía a declarar por qué la había denunciado a la mujer. Yo contaba “Bueno, ella me dijo que había ido a un lugar”, “¿Le dijo el lugar?”, “No, no me dijo”, “¿Y le dijo cómo se llamaba el médico?”, “No, no”, “Bueno”. O sea, tuve que ir un día especialmente, me causó también un trastorno a mí de denunciar. Quizá eso también influyó para decir “Bueno, ¿conviene denunciar, no conviene denunciar? Mi idea no*

*era por ella, mi idea era por la mafia de aquel que está comercializando eso. Mi decisión de denunciar ahí no pasaba por penalizar a la mujer, para nada, sino tratar de romper mafias, pero bueno, vi que así no se podía hacer y ahora veo que por otro lado estamos de cierta manera rompiendo las mafias y mejorando la salud de las mujeres.*

*“Yo me formé en un hospital donde la denuncia era obligatoria. Después paso a otro hospital donde también era obligatoria, o por lo menos el jefe de aquel momento quería obligarnos a hacer la denuncia. Yo tenía muchos problemas con él porque yo no hacía la denuncia. Pero básicamente no hacíamos la denuncia no tanto pensando en el daño que le causábamos a la mujer, sino por no ir nosotros a declarar”*

Es durante el período de la residencia en el que se toma contacto con la realidad del aborto inseguro al asistir a mujeres con complicaciones, e incluso verlas morir. Todos los entrevistados tuvieron contacto con las consecuencias dramáticas de los abortos inseguros.

*Recuerdo el primer día, se hace una ronda a las 10 de la noche para ver qué es lo que hay y había una chiquilina muriéndose. Yo tenía 23 años, nunca había visto nada, y yo pregunto qué es lo que le pasa y me dicen “se está muriendo porque tiene síndrome de Mondor”, “¿Qué es?”, “Tal y tal cosa porque se hizo un aborto”. Esto era el año 1973... Entonces 1973, una noche a las 22.30 me impactó esta historia... Después vi como pajaritos, morir mujeres en el hospital, yo diría no menos de diez. Raspados hice un montón, hacía más raspados que partos.*

*Siempre recordamos el caso de una chica de 17 años que internamos, hace como 20 años, venía con el uniforme del colegio, un colegio privado religioso, ingresa con un aborto séptico, y en doce horas se murió y como que eso me quedó marcado. Me acuerdo que la madre no podía creer lo que pasaba, cuando la madre fue la que la había llevado a hacerse el aborto.*

Las experiencias de formación e inicio de carrera se circunscriben al tratamiento de las complicaciones del aborto, y en ningún caso se presenta la temática de aborto no punible. Aun en las instituciones consideradas centros de referencia de alta complejidad, en la atención de casos de embarazos de riesgo que comprometían la salud de la mujer o de malformaciones incompatibles con la vida extrauterina, el manejo habitual era no interrumpir el embarazo, ignorando las causales de aborto no punible vigentes desde 1921.

*Me acuerdo de una mujer con un cáncer de ovarios que se esperó a la viabilidad fetal, estaba de veintipico de semanas y se esperó hasta la 28. En ese momento siempre se esperaba a la viabilidad fetal, se priorizaba la*

*viabilidad fetal, se esperaba hasta las 28 semanas y no interrumpirlo y eso era así. Habitualmente cuando llegaban estas mujeres se planteaba el tema de la viabilidad, hasta cuándo se lo podía estirar y bueno, se hacía la cesárea... Tampoco era un tema que se hablara mucho, no se tocaba el tema, no existía. Existía pero no se veía, no se visualizaba y no estaba en la agenda, entonces la gente ni siquiera reclamaba... Y en ese momento, y menos en ese servicio, nadie podía plantear algo así.*

*Cuando trabajé para una obra social de la industria química tuve muchos casos complicados. Como eran pacientes que trabajaban con sustancias químicas tuve muchos anencéfalos y tuve anencéfalos que tenían que esperar nueve meses para que nacieran y se murieran. Entonces eso me resultó tremendo! Porque la paciente sabía que iba a tener algo que no iba a tener y tenía que aguantar los nueve meses y después nacía ese bicho, porque era una cosa espantosa, y bueno, unas horas y se moría. Eso me marcó mucho, realmente, porque repito, por el tema del manejo químico yo tenía, siete, ocho anencéfalos por año en un caudal te digo de quince partos mensuales. O sea que en 180 partos anuales es un porcentaje alto.*

Esas situaciones generaban malestar en los entrevistados que en esa época estaban profundamente condicionados por el contexto de prohibición y silenciamiento y no cuestionaban la normatividad tácita que impedía realizar abortos en las situaciones contempladas en las causales. Ese fue el status quo hasta que el salto de la problemática del aborto a la discusión pública fue generando fracturas por donde los entrevistados pudieron empezar a reconfigurar su rol en sus escenarios de trabajo.

Cabe señalar que el hecho de constituirse y reconocerse como prestadores de ILE es algo relativamente reciente para los y las entrevistados. Para muchos de ellos la experiencia concreta engloba un número reducido de casos resueltos a partir del 2012.

El análisis de las trayectorias se enriquece al aplicar ciertas claves metodológicas que se utilizan en el trabajo con “relatos de vida” (Meccia, 2013). Se trata de identificar en el discurso ciertos tópicos que connotan la construcción del proceso vital-laboral y del entorno en donde se desarrolla, teniendo en cuenta la capacidad de agencia<sup>6</sup> que los individuos se asignan a sí mismos y a los demás. Los entrevistados tienen trayectorias personales que muestran que en algún punto de sus carreras pudieron ir abriéndose a entender las necesidades de las mujeres y el alcance del marco normativo para poder realizar abortos legales. Estos

quiebres en general aparecen motivados y facilitados por distintos factores que se analizan a continuación.

En primer lugar, es posible distinguir aquellos factores “de agencia propia”, vinculados con cuestiones personales, momentos de sus ciclos vitales asociados a sus propios mundos, más allá de su trabajo, su profesión o su posicionamiento, por ejemplo la historia familiar.

*En mi casa siempre se habló mucho del aborto en general, nos criaron bastante libres y me acuerdo de haber tenido charlas de chiquita con mi hermana.*

*Yo vengo de una familia italiana, y el aborto en Italia había sido emblemático, legalizar el aborto con el Vaticano adentro, entonces ¿cómo habían osado los italianos hacer esto? Entonces yo escuchaba que se hablaba de este tema que a mí no me tocaba en ningún lado. Yo había escuchado estas cosas en mi familia con los amigos de mi papá y mi mamá que eran italianos, “Uy, mirá, está el aborto, qué bárbaro, qué dirá el Papa?”*

Otros factores de “agencia propia” empalman con una cuestión de género, donde las médicas se vinculan desde una pertenencia de género con las necesidades de las mujeres a las que asisten y en quienes pueden reflejar el acontecer de su vida personal y su propia salud sexual y reproductiva.

*A mí el tema de haber sido mamá antes de haber hecho la residencia me daba una visión diferente, una visión diferente de la que tenían mis compañeras mujeres y de los varones ni hablar, de entender a las mujeres, de verlas que estaban por ahí solas, sin nadie que las acompañe. Me acuerdo cuando era estudiante, fui a ver a una chica que estaba en trabajo de parto y estaba sola, y yo me quedé tan mal, de pensar que esa chica estaba ahí tirada, sola, con todo ese dolor y me marcó, me impresionó mucho. Después me fui olvidando. A medida que vas haciendo la residencia también te vas curtiendo, te vas alienando en el trabajo médico, en lo biológico y dejás de pensar en la gente, pero siempre traté de tener esta visión de explicarles a las mujeres lo que les pasaba.*

*Todas tenemos en nuestra historia algo... a ver... yo siempre que pienso la gente que trabaja en esto, qué pasó en su vida para que uno se dedique a esto. Yo te dije que estoy divorciada y yo fui víctima de violencia de género, me siento muy identificada. Si bien los embarazos que tuve fueron buscados, tuve violencia de género de una persona muy humilladora, que me maltrataba mucho, siempre me menospreció para sobresalir él, un tipo inseguro, siempre desmereciendo todo lo que yo hacía, que yo no servía para nada, machista, ... y estoy muy contenta y entiendo que las mujeres no tienen por qué aguantar esto, yo no soy quién para decirle lo que tienen que hacer, pero me parece que si tenemos todas*

6 Para Giddens, agencia es la capacidad de negociar nuestra posición y nuestra trayectoria social, de incorporar ciertas cosas y desechar otras, de modificar y dar un giro personal o grupal a las propiedades estructurales del sistema.

*estas herramientas disponibles para que las mujeres puedan vivir mucho mejor, estoy embanderada con eso.*

En segundo lugar, podemos destacar giros que tienen que ver con la “agencia desde la práctica de la medicina”. En este caso, pueden ser situaciones ligadas a la especialización o el contacto con alguna temática en particular, como la atención de adolescentes, la anticoncepción, la ligadura tubaria, la violencia basada en género.

*Siempre tuve una tendencia fuerte hacia lo social, o sea una de las cosas que primero empecé a hacer fue adolescencia y después me formé en violencia sexual.*

*Yo no te puedo decir cuándo fue que pasó el click. Por ahí, pienso que cuando yo comencé a estar en atención primaria, a estar dentro de una villa... Cuando yo estoy después como instructor de residentes en Ciudad Oculta empiezo a trabajar la problemática de embarazos en adolescentes, empiezo a formar un equipo. Trabajé durante esos dieciocho años que estuve con una trabajadora social codo a codo, que en un principio empezamos a tratar la problemática del embarazo adolescente y eso nos permitió empezar a tener contacto con chicas que estaban con embarazos no deseados.*

*Nosotras trabajamos en muchas cuestiones, empezando con la ligadura de trompas, antes de que estuviera la ley, ya teníamos como un modelo para que las mujeres hagan, habíamos hecho como todo un laburo, estábamos leyendo y pensando todas estas cuestiones y ya habíamos ido a bastantes seminarios.*

En menor medida, también este tipo de tópicos se presentan a partir del contacto con profesionales que “les abren los ojos”, los “inician” en una visión del mundo y de la profesión diferentes. Algunos entrevistados pueden incluso identificar personas “mentoras” de sus procesos de transformación de la inacción a la acción.

Por último, es muy interesante repasar los tópicos ligados a la “agencia de los otros externos a la medicina”. Se trata de actores sociales externos a la comunidad médica vinculados a las ONGs y grupos de mujeres, al activismo y a instituciones regionales e internacionales que apoyan organizaciones locales por medio de proyectos específicos (FUSA, CEDES, IPAS, IPPF, OMS).

*En ese momento que yo me formé había algunas cosas que me hacían ruido, pero no era totalmente consciente porque la verdad que no había ninguna formación ni de género ni de nada y después fui afortunado en el sentido de que se me cruzaron en el camino mujeres que realmente me hicieron entrar en una de las crisis más profundas de mi vida, porque era como que todo lo que había aprendido lo tenía que desaprender, desarmar y deconstruir. La verdad que si no hubiera sido por las mujeres feministas, estábamos en la época de las*

*cavernas, ellas son las que dieron el puntapié inicial, y nos desasnaron....*

*Lo que marcó un giro en mi vida, digamos que en mi vida en general, fue un curso de “Atención postaborto” que hice con IPAS. Ahí me abrieron la cabeza. La verdad es que fue una experiencia formidable y a partir de ahí empecé a cambiar la mirada no solamente de postaborto, empecé a cambiar la mirada de la atención médica, la relación médico-paciente.*

*FUSA nos dio la posibilidad de ir a Colombia, a Profamilia, y ver cómo trabajaban ellos la causal salud. La causal salud mental es la que es más fuerte para ellos. Ellos tuvieron un cambio en el Código Penal y se amplió y a raíz de eso empezaron a hacerlo. Como nosotros teníamos desde el año 1921 el mismo Código Penal, que daba la posibilidad pero que en realidad en la práctica no se llevaba a cabo, empezamos a buscar con un abogado de acá, del hospital, y empezamos a fortalecerlos, a capacitarnos.*

Complementariamente a la agencia individual, profesional y externa, hay dos factores contextuales que es preciso destacar y que contribuyen en el proceso de cambio. Se trata por un lado del uso de misoprostol para la inducción de la interrupción del embarazo que permite una gestión del aborto desmedicalizado, ambulatorio, y en un ámbito de privacidad. Y por el otro lado, la creciente instalación del modelo de reducción de riesgos y daños asociados al aborto inseguro en muchos efectores del sistema de salud y también por parte de una variedad de organizaciones de la sociedad civil, que implica el abordaje integral de la mujer en situación de aborto en el marco del derecho a la salud.

*Hoy justo estábamos discutiendo eso, la reducción de daños era como un peldaño o una forma de llegar a la ILE pero que también hay que trabajar. Yo creo que lo que hay que trabajar sobre todo es la causal salud.*

## Los espacios de trabajo

### “Sobre el ser y el hacer”

El espacio de trabajo asistencial de la mayoría de los entrevistados/as es el hospital público, en servicios de ginecología y obstetricia, y para unos pocos el primer nivel de atención. Los prestadores de ILE son siempre una minoría que se inserta en contextos generalmente adversos y hostiles que distan de ser espacios amigables tanto para ellos como para las mujeres. La prestación de ILE no suele ser una política institucional o del servicio y depende exclusivamente de las voluntades individuales y el compromiso de unos pocos profesionales, a veces de tan sólo uno<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Corresponde aclarar que en Chubut y Santa Fe los contextos son más favorables y existe una red más amplia de prestadores y dispositivos aceitados que se vinculan a un posicionamiento del estado provincial más firme en la garantía del derecho a la ILE.

Creo que los amigables con esas cosas somos la excepción, tanto ya sea para el parto no intervenido o humanizado y para el aborto también, somos la excepción, no es lo común.

Como los residentes se declararon todos objetores y no quieren hacer nada directamente, a veces nos manejamos directamente con las pacientes. Les dejamos las pastillas y que se las pongan ellas o que se las tomen o les explicamos a ellas directamente. Si estamos nosotros, el procedimiento lo hacemos nosotros.

Algunos colegas de los entrevistados/as prestan algún grado de colaboración pero más bien tangencial o excepcional, o cuando el proceso de interrupción ya fue inducido y la atención se limita a completarlo. En general aparece claramente la voluntad de los compañeros de trabajo de no involucrarse de manera directa ni protagónica. Esto repercute a veces en procesos demorados o internaciones prolongadas innecesariamente u otros aspectos de la calidad de atención que impactan sobre la mujer

*La residencia no me niega apoyo, algunas obstétricas también son favorables, pero no van a firmar absolutamente nada, o sea como diciendo “Bueno sí, está bien yo le pongo las pastillas ¿pero vos me lo firmás?”, O sea me piden que lo firme como si lo hubiera hecho yo. “Sí, yo te lo firmo”.*

*Ahora por ejemplo, tuvimos un caso que recibió una de las ginecólogas nuevas. Ella nos presenta el caso, un caso de violencia intramarital, violencia familiar, entonces como que ella está de acuerdo. Ella considera que entraría dentro de aborto no punible, pero se plantea ella que ella no le pondría la medicación, ella llega hasta acá. Ella dice “Bueno, pero yo no le pongo la medicación”.*

Las condiciones de trabajo suelen ser deficitarias, no sólo por el aislamiento dentro de los equipos y el escaso apoyo institucional, sino también porque faltan los insumos básicos como el misoprostol y la infraestructura no es la adecuada (por ejemplo, se interna a las mujeres por ILE en las salas de maternidad junto a las mujeres en trabajo de parto y las púerperas).

*Acá no hay misoprostol en este hospital, no compran. En los últimos abortos no punibles una caja la compró la cooperadora. La cooperadora no está para eso, no hay plata para eso. Otra caja la compré yo, de mi bolsillo, con mi tarjeta de crédito. Entonces pedí una reunión a la dirección para decir “bueno, este es un insumo que tiene que proveer el hospital”. Me vengo a enterar por la jefa del Departamento desde 2010 está pidiendo la compra. Ella es objetora, no está de acuerdo con el aborto pero lo necesita para hemorragias posparto, para otros usos, y dice “la jefa de Farmacia no los quiere comprar”. “¿Cómo es esto de que no lo quiere comprar? Mañana*

*no quiere comprar penicilina y no compra, pasado mañana no quiere comprar insulina, ¿cómo es?*

La soledad es una característica que atraviesa las experiencias de los entrevistados en sus espacios de trabajo. Dentro de cada institución los proveedores de ILE son contados, y la resolución de casos depende de su presencia, voluntad y esfuerzo. Los testimonios reflejan muy gráficamente la experiencia de ser minoría y pertenecer a una contrahegemonía. En estos contextos, la “individualidad” del prestador de ILE y la falta de institucionalidad de la práctica hacen que la atención de la mujer se vuelva una responsabilidad personal de un médico/a y no institucional de un hospital o servicio. El resto del equipo habitualmente se desentiende y la resolución de los procesos depende exclusivamente de la presencia física del médico o médica que asume el compromiso.

*Nos enteramos que había una chica con un embarazo por violación, le pusieron misoprostol en dosis insuficientes y le dijeron a la chica que hasta que no deje de latir ellos no iban a hacer nada, la tuvieron 14 días internada, le hicieron comprar a ella el misoprostol... en ninguna parte de la ley dice que el feto tiene que dejar de latir para hacerle la interrupción ni nada de eso, pero ellos consideraron que poner misoprostol era hasta donde ellos llegaban, ahora meter la mano un poco más ya no.*

*Si hay que hacer un raspado, porque la paciente expulsó y está sangrando, eso lo hace cualquier guardia, no sé en qué marco... pero si no es abandono de persona. Lo que ocurre a veces, por ejemplo pasó con una paciente que le dábamos medicación y que no respondía y que había que repetirle la medicación. Nosotros ya no teníamos y había que hacer el pedido, venía un fin de semana largo, no pudimos hacer el pedido y la paciente tuvo que quedar en la sala sábado, domingo y lunes, por el fin de semana largo, sin nada. Era una paciente violada, no se podía ir de alta porque había hecho la denuncia, o sea, cosas que vos decís, la verdad que esto se puede evitar. Nadie le quiso hacer nada, querían esperar a que volviéramos nosotras el lunes. También pasó que no teníamos medicación, no querían darle la medicación del kit de hemorragia, porque es más importante la hemorragia que la paciente que estaba ahí. La verdad que es tremendo que una chica chiquita, tuviera que pasar por eso sin necesidad.*

La soledad y la desproporción en la asunción de responsabilidades son cargas pesadas sobre las espaldas de los/as entrevistados/as en el sentido del esfuerzo, exigencia y dedicación, pero también en términos subjetivos como el desgaste que implica moverse en contextos hostiles o indiferentes que no acompañan. El apoyo mutuo entre proveedores de ILE resulta fundamental para afrontar las adversidades y para fortalecerse.

*XX es mi referente y me ha sacado de dudas, preocupación, de temores que a mí me surgían. XX que por suerte estaba ahí y cerca, y ella ya tenía experiencia en esto, y sobre todo también en la parte legal, había trabajado en esos temas y... tenía las leyes como bien aceptadas.... hicimos un ANP, siempre con la referencia de XX, porque eran los primeros que hacíamos y con temores, algunas cuestiones de dudas que teníamos, pero bueno, ella nos las iba evacuando y nosotros íbamos siguiendo cerquita de la paciente, siguiéndola en el tiempo y salió todo bien.*

Se identificaron dos factores que distinguen a los entrevistados y se asocian fundamentalmente a la jurisdicción e institución de pertenencia. Por un lado, la interpretación de las causales, en especial la amplitud y el alcance de la causal salud, y por el otro, el límite de edad gestacional.

La causal violación a partir del fallo FAL de la Corte Suprema de Justicia, se fue instalando con un marco operativo que dispone los pasos a seguir (declaración jurada, consentimiento informado, no necesidad de exigir denuncia policial). La causal salud por su parte, tiende a ser interpretada casi exclusivamente en el sentido físico o biológico, y son pocos los entrevistados que aplican o contemplan la dimensión de salud mental y social como causal para una ILE. Los contextos de Santa Fé y Chubut son donde mayor alcance se le da a la causal salud.

La edad gestacional límite para una ILE es un nudo crítico para muchos de los entrevistados, y especialmente para los equipos de trabajo donde ellos se insertan. Si bien la normativa no especifica plazos, para muchos las 12 semanas es el límite hasta donde se sienten cómodos para interrumpir un embarazo. En este período la posibilidad del uso de la técnica medicamentosa y la atención ambulatoria facilitan la práctica. La posibilidad de que la mujer se autoadministre la medicación y el “no meter mano” del proveedor es visto por algunos como un facilitador. Luego, hasta las 20 semanas los procesos suelen ser menos ágiles ya que se requiere de internación, y entre las 20 y las 24 semanas son casos muy resistidos y discutidos que claramente generan incomodidad y malestar en muchos de los profesionales intervinientes.

*Cuando hay algún caso de aborto no punible de una edad gestacional un poco mayor y ahí se plantean los debates “¿Lo hacemos, no lo hacemos? ya pasó el tiempo”, entonces cada uno argumenta y bueno y ahí se decide.*

Más allá de la diversidad de situaciones, la resolución de los casos es gratificante para nuestros entrevistados/as, hay un agradecimiento profundo por parte de las mujeres y perciben la sensación de que se hizo lo que se debía, del modo correcto, que su accionar hizo una gran diferencia en la vida de estas mujeres y niñas, que ayudaron a que sus vidas sean

menos sufridas y aportaron algo de justicia en situaciones de extrema vulnerabilidad, violencia y desolación. Esto produce un alto grado de satisfacción y de realización personal y profesional.

*Yo creía que me iba a sentir pésimo, un poco se me mezclaba lo de ser madre, viste, y no, para nada, porque después de haberlo hecho me sentí bien de verlas tan bien a ellas ¿entendés? La forma en que agradecían ... en la relación médico-paciente esas cosas pesan mucho a favor o en contra. La relación de confianza... viste que el secreto médico para nosotros es algo que ya está como muy claro, pero queda como esa... no sé si no llamarla complicidad, no es la palabra, queda como una confianza muy fuerte... No sé por dónde viene el origen, pero sí te digo que se crea una relación de confianza tan grande que no sé, después te siguen, se cambian de lugar y ellas te siguen con una devoción que es distinta de si vos le resolvés una neumonía o una tuberculosis. Impacta en la vida de la mujer esto.*

La práctica de interrupción legal del embarazo pone en evidencia el modo en que se concibe la identidad profesional, los principios con los que se trabaja, la concepción de la salud y de las mujeres, “la importancia de hacer”.

*Podría decirte que siento que es una práctica liberadora, pero... no sé si siento que sea muy diferente a otras prácticas. Me parece que también marca cierto posicionamiento que uno tiene en salud en general y cómo una separa en ese lugar de ser médica y del derecho a la salud de las personas. Me parece que es una forma más de ejercer un derecho a la salud.*

*Yo creo que lo que me motiva en todo mi trabajo es la mujer. O sea, no solo el derecho, sino acompañar a la mujer... acompañarnos, porque creo que en esto estamos todas en lo mismo ¿no? No sé si alguna vez me lo pregunté, es por otro lado muy satisfactorio porque a veces te sorprende mucho... las mujeres no pueden creer que van a tener este acompañamiento, me motiva más ver los resultados...*

Los testimonios dan cuenta de una insistencia en señalar un recorrido personal que fue consolidando una visión de las mujeres como sujetas de derechos, diferente a la visión tradicional del modelo médico hegemónico, para el cual las mujeres son pacientes y pasivas frente al conocimiento y al poder de los profesionales, sin capacidad de decisión, y por ende, vulnerables y en una posición de subalternidad. Este es el punto de partida para construir una relación de confianza, de empatía y comprensión, que supera cualquier tipo de posicionamiento personal.

*Yo tengo una contradicción interna, yo nunca me hubiera practicado un aborto yo. Si se puede llamar contradicción, al menos es una toma de posición, pero yo no*

*puedo criticar a otro por eso, porque realmente, yo no le voy a criar el chico, no voy a tener ningún contacto, ningún vínculo, no soy nadie para decidir esto. Entonces a mí, francamente lo pongo todo el tiempo en ese terreno, el problema es de ellas.*

*Alguien en algún momento me dijo “vos vas a sentir cuando no esté bien”, que para mí fue lo mejor que me dijeron en mi vida, porque ahí esto coincidía con la discusión en Ciudad de si ponemos las 12 o las 14 semanas y para mí era definitivo y yo estaba enojada con el derecho porque decía “al final los abogados nos tiran todo el bardo a los médicos” y el día que me dijeron eso lo recibí como un manto de tranquilidad, porque es verdad”*

Los/as entrevistados/as critican la condena, la culpabilización y el prejuicio por parte de sus colegas hacia las mujeres que recurren al aborto, que deviene a veces en situaciones de vulneración de los derechos y violencia institucional. Describen un maltrato establecido en la interacción del sistema de salud con las mujeres pobres que se exagera con aquellas que atraviesan un aborto.

*Me parece que hay gente que lo único que le interesa es condenar, no entiende lo que está pasando la paciente, así como tampoco entiende a la mujer que está en trabajo de parto. Mirá, si vos te ponés a trabajar desde tu punto de vista y vos sos una negra de mierda que viene a parir o sos una boliviana de mierda que tiene 30 millones de hijos y porque sos la bruta de mierda o una paquera que te das con paco y matamos a todos, que venga la aplanadora e ir contra la villa 31 y qué sé yo, ¿viste? no vas a entender ni a un embarazada ni a una mujer en situación de aborto ni a nadie.*

Resulta interesante la visión que se presenta en algunas entrevistas, en las que se reconoce que la mujer en situación de aborto parecería cuestionar el deber de los médicos como tales, y no es percibida como una persona con un problema de salud a resolver.

*La mujer que demanda tiene que ser escuchada, acompañada, es una mujer con un problema de salud. Ahora, no es lo que uno ve, obviamente que no. A nosotros con la formación donde nos han formado esta mujer nos está llevando a nosotros a hacer algo que no queremos. Yo me acuerdo que leí un trabajo, donde se hablaba del aborto y los médicos. Me llamó la atención porque cuando lo leía era la sensación de que en una época daba bronca y a mí no se me hubiera ocurrido, pero ¿por qué la bronca? La bronca era porque te ponían a vos en un lugar de resolución de algo que aparentemente no era tuyo, pero eso tiene que ver con tener que terminar algo... Pero esa es una concepción... hay algo previo ahí. Ahí hay algo previo, porque a mí no se me ocurre pensar que una persona que tengo que amputarle un pie porque tiene una gangrena le estoy terminando algo*

*que empezó, porque en definitiva, ponele, no se cuidó porque no usó no sé, hay algo previo, hay algo previo que nos han metido la culpa. Entonces esto es lo que hay que desandar.*

Algunos van más lejos aún y son conscientes del modo en que este camino influye en su vida toda, en la incorporación de una perspectiva de género integrada a su vida personal, familiar, íntima.

*Me estoy dando cuenta con mi esposa, con mis hijas, hay muchas decisiones que no dependen de la mujer sino que las puedo ver de otra manera, ahora cambié totalmente. Fui cambiando, me di cuenta de que yo a veces me olvidaba de ciertas cosas, de la decisión de la mujer. La mujer yo creo que en todo tipo de clases sociales usa mucho “mi marido”, deciden otras personas por ellas. Quizá antes no lo tenía presente, ahora me parece que sí, mucho machismo, autoritarismo, la misma especialidad de obstetricia. Lo abordamos, lo hacemos todo nosotros, pero bueno, yo puedo ser un hombre y ella en ese momento de la mujer hay muchas cosas que yo ni idea, no se me pasan por la cabeza, darle un lugar a la mujer en todo.*

Este posicionamiento permite conectarlos con las motivaciones que los llevan a realizar la tarea, y les refuerza un aspecto muy fuerte de su identidad. Es recurrente el tema de la desesperación de las mujeres y de una situación de soledad que, paradójicamente, los pone a ellos como profesionales también solos, solitarios contra un sistema injusto, a partir del cual aprendieron a no juzgar, y también a tomar un compromiso responsable, de “dar respuesta” y de “hacerse cargo”.

*Quién soy yo para juzgar la vida del otro, además yo también siento que tengo una deuda social con la gente, con los derechos de la salud de la gente, yo fui afortunada, nací en una clase media que podía estudiar en una escuela pública, la gente pagó mi estudio, me la pagó el pueblo, y tengo todo un saber que otras mujeres no lo tienen... Esto que yo te digo, no como un premio a mí, sino como que yo creo que me parece que uno viene a cumplir una tarea y eso no es nada más que compensar, es toda una cuestión de políticas de género, de políticas de salud, de equidad, de darle a todo el mundo las mismas oportunidades, me parece que es injusto que el que pueda hacer algo, que el que tiene plata lo pueda hacer y otros no, es una cuestión de coherencia interior.*

Los núcleos de opresión y los núcleos políticos de militancia que me están jodiendo a mí y que están jodiendo a las mujeres son los mismos. Cuando una mujer es más libre, yo también estoy haciendo algo para ser yo más libre, y la verdad es que, no te voy a contar la historia de mi vida, pero yo también sufrí y padecí por esas estructuras patriarcales, y la verdad es que siento que estoy

*haciendo algo porque no quiero que nadie más pase por situaciones o sufrimientos innecesarios, pero también lo hago por mí, no es todo solidaridad, no es que yo lo hago y a mí no me trae ninguna recompensa.*

Esta visión consolida la perspectiva de derechos en la atención de las mujeres, refuerza el modo en que construyen una relación de empatía con ellas en un ida y vuelta hacia ellos que los resignifica como profesionales.

*La verdad es que me parece que tiene que ver con una postura por los derechos de las mujeres y te vuelvo a decir, que el aborto es un pedacito, no es la lucha ni... por ahí es la más representativa, la más antigua, pero vos vas a otros hospitales y no tienen implementado el programa como lo tenemos, y la carga horaria que le dedicamos a todas estas cuestiones que tienen que ver con las preparaciones, con las charlas, con los talleres, esto... yo no conozco otros lugares, o por ahí lo hacen más, qué sé yo, personal que no está... trabajadoras sociales o en otro... acá lo hacemos todos, médicos, parteras.*

## Conclusiones

Este estudio abordó las experiencias personales y profesionales de médicos/as prestadores de ILE en la Argentina. Sus trayectorias guardan una clara sintonía con el desarrollo histórico de esta cuestión en Argentina, que abarca durante todo el siglo XX, y hasta la mitad de la pasada década, una postura del Estado de prohibición absoluta del aborto, ignorando las causales de despenalización.

La cuestión del aborto sólo está presente en la formación médica desde la perspectiva biológica y punitivista. Es notable el largo período de inacción de los entrevistados que durante muchos años ignoraron por completo la posibilidad de interrumpir embarazos legalmente por riesgo para la salud y violación, aun en casos de riesgo grave y malformaciones incompatibles con la vida extrauterina. Esas fueron épocas de total silenciamiento e invisibilización de las causales de aborto legal y de acatamiento de las condiciones institucionales contrarias a los derechos de las mujeres.

Luego ocurren quiebres que traen apertura y claridad a los entrevistados/as y se inicia un gradual reconocimiento de su capacidad, deber y responsabilidad como garantes del derecho a la interrupción legal del embarazo. Este rol se asume por compromiso personal, y muchas veces debe ser defendido y resguardado en contextos institucionales hostiles, contrarios y poco colaboradores.

En la mayoría de los espacios de trabajo de los entrevistados la ILE dista de ser una práctica institucionalizada y depende casi exclusivamente de las voluntades personales de estos profesionales que son también diversas y ancladas en criterios “ad hoc” respecto de lo que cada uno hace en términos de causales, técnicas y edad gestacional.

A diferencia de los procesos ocurridos en otros países, la comunidad médica argentina no ha sido tradicionalmente activa en la lucha política, ese es espacio de las organizaciones sociales y en especial del movimiento de mujeres. No obstante los médicos y médicas son clave para la legitimación de los logros políticos e indispensables para su implementación. En este sentido, la conformación de la “Red de Profesionales por el Derecho a Decidir”<sup>8</sup> con más de 700 integrantes de todo el país es un hecho auspicioso.

Hay que resaltar que los sujetos estudiados pertenecen un conjunto reducido, una “elite” de profesionales pioneros y protagonistas de un proceso de transición. Sus relatos y trayectorias dan cuenta de la complejidad de los contextos institucionales y del gran potencial que existe en manos de los profesionales de la salud para garantizar el acceso al aborto legal y seguro dentro del marco normativo vigente. Consideramos que conocer y difundir estas experiencias visibiliza y legitima un modelo de atención que debe ser consolidado, jeraquizado y expandido en todo el sistema de salud argentino.

## Bibliografía

- Asociación por los Derechos Civiles; “Acceso al Aborto No Punible en Argentina: Estado de Situación - Marzo 2015” Buenos Aires, 2015. Disponible en: <http://despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/ADC-Acceso-al-aborto-no-punible-Marzo-2015.pdf>
- Bergallo, P. (comp.): Aborto y Justicia Reproductiva, Buenos Aires, Editores del Puerto, 2011.
- Bergallo, P. y Ramón Michel, A.: El aborto no punible en el derecho argentino, *Hoja Informativa* N° 9, Buenos Aires, FEIM-CEDES-IPPF, mayo de 2009.
- Meccia, E. Subjetividades en el puente. El método biográfico y el análisis microsociológico del tránsito de la homosexualidad a la gaycidad. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*. N°4. Año 2. Oct. 2012 - Marzo 2013. Argentina. Págs. 38-51.
- Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, 2015.
- Ramos S; Gogna M; Petracci ; Romero M; y Szulik D. Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica? CEDES, Buenos Aires, 2001.
- Romero, M.; Zamberlin, N.; Gianni, C.: “La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos”, *En Salud Colectiva*, 6(1), January-April, 2010, pp. 21-34.
- Szulik D, Gogna M, Petracci M; Ramos S; Romero M. “Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos”, *En Salud pública Méx* vol.50 no.1 Cuernavaca ene./feb. 2008

8 <https://www.facebook.com/Red-de-profesionales-de-la-salud-por-el-derecho-a-decidir-1104059222994294/?fref=ts>