

***La burocracia de base de salud entre la legalidad y la discrecionalidad.
Análisis de su desempeño en las interrupciones legales de embarazos en la
Ciudad de Buenos Aires (2013 – 2020)¹***

*Healthcare street-level bureaucracy between legality and discretionality.
Analysis of its performance in the provision of legal abortions in Ciudad de Buenos Aires (2013 -
2020)*

Rosario SACOMANI²

Recibido	: 20.05.2024
Aprobado	: 14.09.2024
Publicado	: 30.09.2024

RESUMEN: El aborto en Argentina ha estado despenalizado por causales desde la sanción del Código Penal de la Nación en 1921 hasta la promulgación de la Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en 2021. Sin embargo, muchas mujeres han enfrentado barreras de acceso porque su implementación se ha visto obstaculizada por las acciones de una burocracia especializada que, al gozar de autonomía y discrecionalidad, ha interpretado y aplicado las normas de manera variable, generando tensiones entre lo normativo y la práctica concreta. Este texto analiza cómo se ha materializado el acceso a las interrupciones legales del embarazo (ILE) en la Ciudad de Buenos Aires, más allá de contar con un protocolo de aborto no punible, para entender las dinámicas internas de la burocracia de salud y cómo afectaron la implementación de la política. Se utiliza un enfoque cualitativo basado en un estudio de caso, para el que se realizaron entrevistas semiestructuradas a informantes clave y un análisis normativo de documentos oficiales sobre la ILE. Los resultados revelan discrepancias entre los procedimientos establecidos por el protocolo y las prácticas reales llevadas a cabo por la burocracia de salud. Se identificaron obstáculos como la objeción de conciencia, falta de capacitación del personal médico y violencia obstétrica que afectaron el acceso a las ILE y revictimizaron a las mujeres que buscaban ese servicio. Se concluye que, aunque exista normativa de acceso al aborto legal, su implementación depende de la discrecionalidad y autonomía de los profesionales de base de salud.

PALABRAS CLAVE: Aborto, Argentina, Burocracia.

ABSTRACT: Abortion in Argentina has been decriminalized by grounds since the enactment of the National Criminal Code in 1921 until the enactment of the Law on Access to the Voluntary Interruption of Pregnancy (IVE) in 2021. However, many women have faced barriers to access because its implementation has been hindered by the actions of a specialized bureaucracy that, enjoying autonomy and discretion, has interpreted and applied the norms in a variable manner, generating tensions between the normative and the concrete practice. This text analyzes how access to legal termination of pregnancy (ILE) has materialized in Ciudad de Buenos Aires, beyond the existence of a non-punishable abortion protocol, in order to understand the internal dynamics of the health bureaucracy and how they affected the implementation of the policy. A qualitative approach based on a case study is used, for which semi-structured interviews were conducted with key informants and a normative analysis of official documents on abortion. The results reveal discrepancies between the procedures established by the protocol and the actual practices carried out by the health bureaucracy. Obstacles such as conscientious objection, lack of training of medical personnel and obstetric violence were identified as affecting access to abortion and revictimizing women seeking this service. It is concluded that, although there are regulations on access to legal abortion, its implementation depends on the discretion and autonomy of health professionals.

KEYWORDS: Abortion, Argentina, Bureaucracy.

¹ Este trabajo se desprende de la tesis de Maestría en Administración y Políticas Públicas de la autora, titulada “El desempeño de la burocracia de base de salud en la realización de interrupciones legales del embarazo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2013 – 2020)”.

² Licenciada en Ciencia Política (UBA) y Magister en Administración y Políticas Públicas (UdeSA), Docente de grado y posgrado (UBA), miembro de la Red de Politólogas #NoSinMujeres, rosario.sacomani@gmail.com, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1352-0860>

**COMO CITAR:
HOW TO CITE:**

Sacomani, R. (2024). La burocracia de base de salud entre la legalidad y la discrecionalidad. Análisis de su desempeño en las interrupciones legales de embarazos en la Ciudad de Buenos Aires (2013-2020). *Mujer y Políticas Públicas*, 3(2), 90-115. <https://doi.org/10.31381/mpp.v3i2.6845>

INTRODUCCIÓN

Desde 1921 con la sanción del Código Penal de la Nación Argentina (Ley 11.179, 1921), el aborto ha navegado entre la ilegalidad y la legalización parcial, con avances y retrocesos que han reflejado las tensiones sociales y políticas del país. Esta situación se mantuvo durante 100 años hasta la promulgación de la Ley N° 27.610 de Acceso a la IVE en el 2021, dado que el Código Penal despenalizó el aborto en el caso de que la vida de la mujer gestante corriera peligro, si se tratara de una gravidez consecuencia de una violación y si quien lo solicitare fuera una mujer con discapacidad mental. Esta despenalización parcial, sin embargo, no significó su legalización del aborto. Las mujeres que deseaban interrumpir su embarazo fuera de estas causales aún debían enfrentar obstáculos legales y sociales.

En este escenario, en el 2010 la madre de una menor víctima de abuso sexual en la provincia de Chubut solicitó que le practicaran la ILE y el Superior Tribunal de Justicia de la provincia avaló su pedido, pero el Asesor General Subrogante presentó un recurso extraordinario en defensa de los derechos del embrión en gestación, alegando que esa ILE no estaba fundamentada, dado que no se configuraba el supuesto legal de discapacidad intelectual severa del Código Penal. Se trata del caso “F., A. L. s/ medida autosatisfactiva” (FAL), que se convirtió en un parteaguas al poner en debate la interpretación del artículo 86 del Código Penal. La Corte Suprema de Justicia de la Nación realizó una interpretación en sentido amplio de la norma y con su fallo del 13 de marzo del 2012 no solo garantizó el derecho al aborto de la niña en ese caso particular, sino que sentó un precedente para futuras situaciones similares. Asimismo, urgió a las autoridades nacionales y provinciales a desarrollar y poner en marcha protocolos para garantizar una atención integral y segura de las ILE a quienes hayan sobrevivido a experiencias de violencia sexual.

Si bien ese mismo año y en virtud al mencionado fallo, el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) elaboró su “Procedimiento para la atención profesional de prácticas de aborto no punible en los Hospitales del Subsector Público de Salud” (PANP), dos años después, en 2014, una mujer sobreviviente de abuso sexual buscó atención en el Hospital Piñero de la CABA para que le realizaran una ILE y el personal de obstetricia se negó a practicar el procedimiento. Los profesionales alegaron que como se trataba de un embarazo de dieciocho semanas, se encontraba fuera del límite establecido legalmente. Sin embargo, puesto que el Código Penal y el fallo FAL avalaban la ILE en casos de violación sin límite de tiempo, el Ministerio de Salud de la Ciudad intervino y ordenó al hospital realizar la ILE. No obstante, la paciente experimentó violencia obstétrica durante la intervención al ser privada de cuidados básicos como la analgesia y ser objeto de maltrato psicológico.

A raíz de las situaciones descritas, esta investigación busca identificar los determinantes de la concreción de las ILE en los establecimientos públicos de salud de la CABA entre los años 2013 y 2020. Para ello, se parte de la premisa de que las realizaciones dependían de la autonomía relativa y de la discrecionalidad de las burocracias de base de salud. La elección de la CABA como caso de estudio se justifica por la existencia de un protocolo propio para solicitudes de ILE, porque se trata de una jurisdicción que asume la mayor parte de la responsabilidad financiera en materia de salud pública (Cetrángolo, 2014) y porque posee el Índice de Desarrollo Sostenible Provincial (IDSP) más alto de Argentina, según una investigación realizada en el año 2017 por el Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El período de estudio se delimita entre 2013 y 2020, ya que el PANP entró en vigencia en septiembre del 2012 y estuvo operativo hasta el mes de enero del año 2021, momento en que fue promulgada la Ley N° 27.610 de Acceso a la IVE. Cabe destacar que en julio del año 2020 la Ciudad adhirió a la actualización del “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo” (Protocolo ILE) realizada por el Ministerio de Salud de la Nación.

En el ámbito de las investigaciones sobre el acceso a las ILE han prevalecido los enfoques centrados en la normativa, en cuáles son los derechos afectados y en la identificación de las estrategias y acciones necesarias para alcanzar la legalización. Sin embargo, este trabajo, que se desprende de la tesis de Maestría en Administración y Políticas Públicas de la autora, titulada “El desempeño de la burocracia de base de salud en la realización de interrupciones legales del

embarazo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2013 – 2020)”, propone una perspectiva diversa y se enfoca en indagar de qué manera se materializa ese acceso en la práctica, dado que cuenta con el amparo de la legislación vigente. Para ello, la atención se desplaza hacia la burocracia de base de salud y se examinan sus conductas y estrategias para identificar cómo es su accionar en el momento de ejecutar la política pública. Este abordaje no solo busca dar cuenta de las complejidades del acceso a las ILE, sino que también aspira a abrir un abanico de nuevas preguntas de investigación.

MARCO TEÓRICO Y/O ANTECEDENTES

Las particularidades de la burocracia de salud

La burocracia de salud se caracteriza por ser una burocracia de base, donde los funcionarios subordinados interactúan directamente con la ciudadanía en su trabajo diario y tienen un amplio poder discrecional en la realización de sus tareas. Como señala Lipsky (1996), cuentan con “niveles relativamente altos de discrecionalidad y autonomía relativa respecto a la autoridad organizativa” (p. 281). La autonomía relativa se refiere a la posibilidad de que sus decisiones difieran de las directrices generales de la organización, mientras que la naturaleza de su trabajo demanda un alto grado de discrecionalidad fundamentada en sus conocimientos y experiencia. En la práctica, son los funcionarios de base quienes definen cómo se implementan las políticas públicas, en qué condiciones y cómo llegan a la ciudadanía. Esta capacidad de decisión los convierte en actores clave en la elaboración de políticas de facto, con un impacto significativo en la vida de las personas (Lipsky, 1996; Maynard-Moody y Musheno, 2000; Maynard-Moody y Portillo, 2011).

Esto pone de manifiesto la tensión existente a raíz del contrapunto entre la racionalidad técnica del cuadro burocrático y la de la política. Así como la burocracia en la concepción weberiana es un instrumento del Estado y no un artífice de la política, ya que el poder de decisión reside en la institución estatal, se trata de un actor que cumple funciones específicas dentro de una organización jerárquica y tiene un carácter meramente instrumental, aunque ello no significa que sean instrumentos inertes (Colino y Del Pino, 2000; Mayntz, 1985).

Además, de que la burocracia es un actor político con aspiraciones de poder, presenta una jerarquía que, en la práctica, puede ser modificada de manera informal para favorecer los intereses personales de los individuos que la componen. Limitar la burocracia a la mera aplicación de reglas la inmoviliza, le impide resolver conflictos internos y la priva de la capacidad de innovar. La distinción entre política y administración radica en la tensión entre la jefatura y la burocracia, una relación en la que la jefatura busca que la burocracia alcance los objetivos propuestos, mientras que la burocracia busca sustraerse a ese mandato y actuar conforme a sus intereses particulares y marcos de referencia de interpretación de la realidad (Mayntz, 1985). La capacidad de acción e independencia de la burocracia está ligada a lo que le es específico, es decir, a la estatidad. Como señala Oszlak (2006), la burocracia es “la expresión material del Estado [...] y el brazo ejecutor que implementa sus políticas” (p. 2), lo que la erige en el espacio donde se dirime el conflicto social.

La burocracia de base de salud entre la legalidad y la discrecionalidad

Analizar el accionar de la burocracia de base de salud respecto de la ejecución de la política pública de ILE implica tener en consideración una multiplicidad de cuestiones y factores. En primer lugar, garantizar el acceso al aborto legal significa asegurar los derechos humanos de las mujeres a decidir sobre su sexualidad y reproducción (Lamm, 2008). La cuestión central reside en el respeto a las decisiones que atañen a la esfera más íntima y que emanan de la autonomía personal de las mujeres, su privacidad y su dignidad. Las normativas que limitan o prohíben el aborto legal no solo vulneran estos derechos fundamentales, sino que también atentan contra su derecho a la vida, la libertad, la seguridad y la integridad física, íntimamente relacionados con el conjunto de derechos que protegen contra los tratos crueles, degradantes o inhumanos.

Las burocracias de salud presentan un déficit significativo de conocimiento en materia de aborto legal, lo que se traduce en una serie de obstáculos que dificultan el acceso a este derecho fundamental para las mujeres. La falta de comprensión de las leyes y procedimientos clínicos relacionados con el aborto médico genera dilaciones injustificadas en la prestación del servicio, afectando directamente la salud y el bienestar de las mujeres. Si bien poseer conocimientos legales y técnicos es una condición necesaria para el involucramiento adecuado de los profesionales de la salud, no es suficiente para garantizar una atención de calidad y respetuosa de los derechos de las

mujeres. La violencia obstétrica es una de las prácticas que llevan adelante las burocracias de salud para dilatar las realizaciones de los abortos legales y genera un "costo social" significativo en términos del impacto negativo en el bienestar general de las mujeres en sus dimensiones biológica, psicológica y social, especialmente aquellas de sectores más vulnerables (Camacaro, 2006; López Gómez, 2015; Ramos *et al.*, 2001).

La objeción de conciencia, entendida como el "derecho a sustraerse al cumplimiento de una norma jurídica [...] en virtud de razones [...] morales, éticas o religiosas" (Faerman y Tenenbaum, 2018, p. 387), es uno de los tópicos sobre los que se articula la discusión sobre el aborto legal. Esta figura presenta una doble dimensión, política y legal, que exige un análisis que considere tanto sus aspectos normativos como a los actores involucrados y sus intereses. En las últimas décadas, se ha observado un desplazamiento en los motivos esgrimidos para interponer recursos de objeciones de conciencia, migrando de argumentos predominantemente religiosos a planteamientos de carácter científico, legal y bioético, cambio que obedece, en gran medida, al reconocimiento de los derechos reproductivos constituyen una dimensión de los derechos humanos, consagrado en las cumbres de 1994 de El Cairo y de 1995 Beijing, en gran parte gracias a las demandas del movimiento feminista (Lopreite, 2012; Puga y Vaggione, 2018).

En el ámbito de la salud, el secreto médico es un pilar fundamental para garantizar la confianza y el acceso a la atención sin temor a represalias. Sin embargo, algunos profesionales del ámbito consideran que tienen la obligación de denunciar cualquier situación ilegal, incluso si se produce en el marco de la consulta médica. En algunos casos, sus convicciones personales, muchas veces vinculadas a creencias religiosas, influyen en la decisión de denunciar, especialmente en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, sin considerar las consecuencias de estas denuncias son devastadoras para las personas afectadas (Carrera *et al.*, 2022).

La idea de que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres chocan con los de la objeción de conciencia es un error que pone en riesgo la salud y la vida de las personas gestantes. En situaciones de riesgo para su salud, donde el aborto legal es la única opción viable para preservarla o salvar su vida, la facultad de objetar por motivos que contradigan las propias creencias no puede prevalecer, dado que el profesional de la salud tiene la obligación ética y legal de actuar en beneficio de su paciente, incluso si esto implica realizar un procedimiento que contraviene a sus

creencias personales. Negarse a hacerlo en estas circunstancias vulneraría gravemente los derechos fundamentales de quien se encuentra gestando, incluyendo el derecho fundamental a conservar su vida y su integridad física y psíquica. Del mismo modo, es erróneo plantar la existencia de una contradicción entre el deber de confidencialidad médica y la pretensión de que se debe denunciar la realización de ILE. El secreto profesional es un pilar de la relación médico-paciente y su vulneración es tanto ilegal como discriminatoria y contraria a la ética médica. Las mujeres en situación de vulnerabilidad, especialmente aquellas de bajos recursos, son las más afectadas por este tipo de prácticas, ya que las expone a la criminalización y la estigmatización, vulnerando el principio de no maleficencia que rige el ejercicio de la medicina (Deza, 2013; Faerman y Tenenbaum, 2018).

La sociedad ha legitimado principalmente tres discursos para abordar el tema del aborto que son el de la ciencia médica, el de la religión cristiana y el jurídico. El primero de ellos opera bajo la modalidad de poder experto, posicionando al personal médico en una situación de control sobre quienes llevan adelante embarazos y reproduciendo relaciones de poder que inciden de manera significativa en el ejercicio de sus derechos reproductivos. Esta dinámica se materializa al naturalizar la idea de que la maternidad es el destino inevitable de la mujer, obstaculizando el acceso a métodos anticonceptivos y abortos seguros. Sin embargo, no ha sido la biología sino la sociedad la que ha impuesto a las mujeres un modelo de vida centrado en la maternidad y ha construido un sentido de identidad en torno a ello (Instituto de Estudios de Género y de la Mujer, 2018; Roberts, 2017; Rostagnol, 2014).

Un informe elaborado por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y la Centro Universitario San Martín (CUSAM) (2020), analizó la criminalización de las mujeres en Argentina por la realización de abortos intencionales y eventos obstétricos -que son aquellas situaciones inesperadas que desencadenan abortos espontáneos o partos prematuros involuntarios- entre 2012 y 2020. El estudio abarcó veintidós provincias argentinas y reveló que las denuncias se concentraron en mujeres en situación de vulnerabilidad y con cargas familiares y económicas significativas. Asimismo, mostró que las causas penales en su contra fueron producto de la divulgación indebida de información confidencial por parte del personal médico. Esta situación se ve complejizada por la coexistencia de múltiples actos de violencia obstétrica que sufren las mujeres en el contexto de

la atención médica por abortos o eventos obstétricos, prácticas que incluyen malos tratos, la realización de procedimientos médicos dolorosos e innecesarios y exigencias de confesar una interrupción del embarazo, incluso cuando ellas niegan haberlo hecho, situaciones que configuran formas de tortura física y psíquica (Dosso, 2019).

El sistema de salud de la CABA

La praxis de la burocracia médica de base en la CABA en torno de la relación a las ILE está estrechamente ligada al funcionamiento del sistema de salud local, el cual se sostiene mayoritariamente con sus propios recursos (Cetrángolo, 2014) y tiene el mayor IDSP en Argentina (PNUD, 2017).

De acuerdo con la Ley N° 153 de la CABA, sancionada en 1999, el sistema de salud de la ciudad es un conjunto compuesto por tres subsectores -estatal, de la seguridad social y privado- que operan dentro de su jurisdicción. En su rol de ente rector del sistema y autoridad de aplicación de la Ley, el Ministerio de Salud es el encargado de organizar y articular las acciones de estos subsectores para garantizar una atención de salud integral y equitativa. Sin embargo, el Ministerio se concentra en fortalecer la gestión de los servicios del subsector estatal, descentralizando la atención mediante diferentes niveles de atención y creando redes en cada Comuna para mejorar la accesibilidad.

La red de atención del subsector estatal está organizada en niveles progresivos de complejidad, desde la atención primaria hasta la terciaria, categorizados según su capacidad de respuesta a las necesidades de salud de la población. Esta estructura escalonada permite optimizar el uso de los recursos y garantizar que las personas reciban la atención adecuada en cada caso. El primer nivel de atención constituye la base del sistema y se compone por los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) y los Centros Médicos Barriales (CMB), ambos orientados a la atención primaria, brindando servicios de promoción, prevención y atención de enfermedades de baja complejidad. En este nivel se aborda el 80% de la carga asistencial del sistema de salud de la ciudad, lo que demuestra su importancia en la resolución de los problemas de salud más frecuentes de la población (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, s.f.).

El segundo nivel está compuesto por hospitales generales, que cuentan con la infraestructura y el personal necesario para brindar atención médica a pacientes con problemas de salud de mediana

complejidad, brindando servicios especializados en diferentes áreas como clínica médica, pediatría, ginecología, traumatología, entre otras. Por su parte, los hospitales de alta complejidad, con tecnología de punta, conforman el tercer nivel de atención que está orientado a pacientes con condiciones médicas que demandan un alto grado de especialización, como enfermedades graves, procedimientos quirúrgicos complejos y trasplantes.

Tanto los hospitales del subsector público de salud, como los CeSAC y los CMB son efectores de salud y los datos recabados en este trabajo muestran que las realizaciones de ILE implicaban la participación de dos de ellos, los CeSAC y los hospitales generales.

METODOLOGÍA

Esta investigación adopta un diseño de estudio de caso cualitativo, siguiendo los lineamientos de Sautu *et al.* (2005) y para llevarla a cabo se adoptó un diseño de investigación flexible, interactivo e iterativo, tal como lo propone Maxwell (1996).

Para la recolección de datos se utilizaron fuentes primarias y secundarias. En el primer caso, se realizaron entrevistas semiestructuradas a informantes clave, mientras que, en el segundo, la operatoria contó con dos procesos. Por un lado, se relevaron datos a partir de los informes gubernamentales de la CABA en lo relativo al estado de la implementación de ILE durante el horizonte temporal definido y, por otro, se llevó adelante un análisis normativo.

Se realizaron veintinueve entrevistas virtuales entre marzo del año 2020 y noviembre del 2021, dado que de marzo a noviembre del 2020 la circulación de personas en Argentina se encontraba restringida, en virtud del Decreto 260/2020 que estableció el “Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio” (ASPO). Asimismo, en noviembre del 2020 el Decreto 956/2020 dispuso el “Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio” (DISPO) que permitía circular sin solicitar autorización a las autoridades, pero la recomendación sanitaria seguía abogando por evitar los contactos interpersonales toda vez que fuera posible. De las veintinueve entrevistas realizadas, quince se dirigieron a profesionales del subsector estatal de salud de la CABA, con una distribución por especialidad de ginecólogos, obstetras, enfermeras y trabajadoras sociales. Asimismo, se entrevistó a ocho socorristas feministas y a seis mujeres que habían solicitado una ILE en la ciudad.

Este diseño muestral permitió obtener una visión multidimensional del tema, abarcando tanto el punto de vista de los prestadores de servicios como de las usuarias y las organizaciones de la sociedad civil.

Debido a la complejidad y sensibilidad del asunto en cuestión, se tomaron medidas para garantizar la confidencialidad de todas las personas entrevistadas. A pedido de los propios profesionales de la salud, se mantuvo su anonimato, dado que, al momento de finalizar la investigación, todos ellos continuaban desempeñando sus funciones en el sistema de salud, por lo que, se decidió no revelar en qué hospital o centro trabajaban. En el caso de las mujeres que solicitaron ILE, la garantía de privacidad se basó en la naturaleza sensible de sus testimonios, ya que muchas de ellas relataron experiencias traumáticas, independientemente de haber contado con el apoyo de socorristas feministas. Por respeto a su privacidad y para evitar la revictimización, se decidió no revelar sus nombres ni ningún otro dato personal que pudiera identificarlas. En cuanto a las socorristas feministas que acompañaron a algunas de las mujeres que solicitaron ILE, también solicitaron mantener su anonimato y no dar a conocer sus nombres ni cuál entidad llevan adelante el acompañamiento y asesoramiento a personas que atraviesan el proceso de abortar.

RESULTADOS

Las realizaciones de ILE en la práctica

A pesar de que el proceso establecido en el PANP para realizar las ILE y los informes oficiales describían una serie de estrategias para garantizar su acceso, los testimonios de usuarias, personal de salud y socorristas evidenciaron la existencia de ciertas prácticas llevadas adelante por la burocracia de base de salud que configuraron barreras y obstáculos para la implementación efectiva de esta política en el territorio, afectando especialmente a las mujeres en situación de vulnerabilidad.

El procedimiento de ILE según el PANP y los informes oficiales

El PANP estuvo en vigencia desde su publicación en septiembre de 2012 hasta que enero de 2021 se promulgó la Ley N° 27.610 de IVE. Determinaba que la ILE debía realizarse dentro de un plazo máximo de cinco días hábiles desde la solicitud de la mujer, siempre que se realizara dentro de las

primeras doce semanas de gestación. Asimismo, para cada solicitud de ILE se debía conformar un equipo de trabajo multidisciplinario integrado por personal especializado en salud materno infantil, técnicos y trabajadores sociales, y establecía, asimismo, la posibilidad de que los médicos solicitaran la opinión de otros especialistas en aquellos casos en que se identificaran riesgos para la vida o la salud de la mujer. Finalmente, la responsabilidad de confirmar el diagnóstico médico que justificaba la ILE y de autorizar la realización del procedimiento recaía en el director del establecimiento de salud. La imposición de estos requisitos adicionales contravenía el sentido y alcance del fallo FAL, que los consideraba procesos burocráticos dilatorios porque exigir la participación de más de un médico implicaba un impedimento al acceso y daba por resultado una prohibición implícita (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2012, Sentencia).

El PANP habilitaba el ejercicio de la objeción de conciencia por parte del personal de salud ante cada solicitud de ILE, a pesar de que la Corte Suprema en su interpretación del Código Penal sostenía que este acto debía manifestarse por única vez al inicio de la relación laboral en el efector sanitario. De esta manera, la interpretación de la Corte permitía a la institución una gestión eficiente de los recursos humanos destinados a la práctica de las ILE, al tiempo que aseguraba el acceso oportuno y sin dilaciones cuando las mujeres que requerían este servicio.

Entre los requisitos de acceso a las ILE, el Protocolo exigía la realización de entrevistas por parte del personal médico a la persona solicitante para determinar la viabilidad de la práctica, además de que la mujer debía presentar una declaración jurada en la que manifestara que su embarazo era producto de un abuso sexual. Esta declaración jurada incluía un formulario que debía completarse con información sobre la fecha, hora y lugar en que se produjo el abuso, cuáles era los signos y características distintivas del agresor y las circunstancias en que se realizó el hecho. La solicitud de datos adicionales en el formulario, más allá de la declaración jurada exigida por la Corte Suprema (Corte Suprema de Justicia de la Nación, 2012, Sentencia), resultaba no solo contraria a la normativa vigente, sino también revictimizante, al obligar a las personas que habían sufrido violencia sexual a revivir su trauma a través de la intervención del criterio médico mediante una evaluación subjetiva para determinar la procedencia de la ILE, vulnerando así su derecho a la autonomía reproductiva y a la intimidad.

Por último, el PANP establecía que, como parte del proceso de atención a quienes solicitaban una ILE, el personal de salud tenía la obligación de brindar información detallada sobre diversas opciones, como el acceso a ayudas públicas y coberturas sanitarias, además de la posibilidad de tramitar una adopción como una alternativa al aborto. Esta decisión contravenía la recomendación expresa de la Corte Suprema, que había instado a garantizar una atención integral y oportuna a las víctimas de violencia sexual, brindando asistencia médica y psicológica inmediata, ya que informar sobre ayudas para continuar con un embarazo no deseado avasallaba la integridad psíquica en las personas que habían tomado la decisión de interrumpirlo. Asimismo, sugerir la adopción como una alternativa implica una revictimización de las personas que atravesaron hechos de violencia sexual.

Si bien el período para realizar la ILE establecido en el PANP tenía como límite una gestación de doce semanas, los datos de la Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS del Ministerio de Salud de la CABA (CoSSVIHITS, 2021) -en la fecha de elaboración de los informes se llamaba Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS (2018, 2019, 2020)- revelan que la práctica también se realizaba más allá de ese plazo. Los informes indican que se realizaban ILE en mujeres que tenían hasta doce semanas y media y que la atención inicial se brindaba en los CeSAC, que pertenecen al primer nivel de atención. Sin embargo, cuando la gestación superaba este período o presentaba complicaciones, las pacientes eran derivadas a los hospitales de agudos que pertenecen al segundo nivel.

La realización efectiva de las ILE se realizaba de manera diferenciada según el nivel de atención en que se proveyera. En los centros del primer nivel, el procedimiento era ambulatorio y se entregaban las dosis de misoprostol de ingesta oral según los protocolos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En caso de que la gestación superara las doce semanas, se requería la derivación de esa persona a un efector del segundo nivel, ya que era preciso internarla y el procedimiento indicado podía ser la administración de misoprostol, el aspirado manual endouterino (AMEU) o el raspado uterino evacuador (RUE), dependiendo la situación de la mujer.

Los informes elaborados por la CoSSVIHITS muestran cómo ha evolucionado la implementación de la ILE a lo largo del tiempo, tanto en términos de cantidad de casos atendidos como en la distribución de los servicios en los diferentes niveles de atención. Los datos revelan que en el 2014

los hospitales Álvarez y Argerich concentraban la mayoría de las ILE y que, con el tiempo, la atención se descentralizó y se consolidó el modelo de atención a través de los CeSAC hasta las doce semanas y media de gestación, derivando casos más avanzados a los hospitales de referencia. Los informes ofrecen información cuantitativa sobre las “situaciones de aborto asistidas” por año, sin distinguir cuántas fueron autorizadas y cuántas rechazadas, y cuáles fueron las causales en las que se enmarcaron. El Código Penal establecía que el aborto era una opción legal en caso de que corriese riesgo la vida o salud de la gestante y si el embarazo era producto de una violación. Los informes muestran que con el tiempo se sumó la causal de salud integral, tal como la define la OMS, y que desde el 2016 esta fue la más invocada, situación que responde a un proceso complejo y dinámico marcado por la reinterpretación de la normativa vigente. Ello se debe a que en el año 2014 los profesionales de la salud de las consejerías pre y post aborto comenzaron a reinterpretar la causal de salud como salud integral, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS. La nueva perspectiva, conocida como causal de salud ampliada, se basó en la idea de que la salud no se limita a la ausencia de enfermedades, sino que aborda las dimensiones física, psíquica y social y el equilibrio entre ellas. Este enfoque integral, sumado a los principios de autonomía de las mujeres y la probabilidad de riesgo, abrió las puertas a una interpretación más amplia de la causal salud (Fernández Vázquez, 2018).

El procedimiento de ILE según los actores intervinientes

Los relatos de los diversos actores clave involucrados en la ejecución de las ILE revelan discrepancias entre la información oficial y las prácticas que efectivamente llevaba adelante la burocracia de base de salud, dando cuenta de las consecuencias tuvo esto en la puesta en marcha de la política pública.

Las trabajadoras sociales entrevistadas detallaron los procedimientos y recursos utilizados para implementar las ILE ante cada solicitud. Una de ellas explicó que

“antes del caso F., A. L. teníamos una lucha constante con el hospital porque venía una mujer abusada pidiendo un aborto y los médicos no querían saber nada, pedían pruebas de violación, se atajaban con la objeción de conciencia y la que te quedaba era ir a la justicia

para que se hiciera el aborto. Todo esto con un embarazo avanzando y una mujer revictimizada, porque nadie estaba mirando a esa mujer”.³

Otra trabajadora social indicó que previo al fallo FAL y al PANP

“para garantizar abortos seguros la estrategia fue tejer alianzas entre les (sic) profesionales de diferentes CeSAC y realizar talleres de formación y sensibilización, tanto a los equipos de los CeSAC como a los de los hospitales que quisiesen participar”.⁴

A pesar de que en la CABA el Programa de Salud Sexual y Reproductiva era responsable de la formación del personal y la garantía de la aplicación de las ILE, esta función fue asumida en gran medida por una red de profesionales tejida *ad hoc*. Ante la falta de acciones concretas desde el Programa, esta red de profesionales de diferentes CeSAC se articuló para cubrir la necesidad de capacitación en ILE, iniciativa que surgió de la experiencia acumulada en talleres y cursos sobre aborto como práctica legal, y en el año 2015 se constituyó como la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. Esta red se basa en principios de bioética feminista y su trabajo hace hincapié en la importancia de la existencia de relaciones médico-paciente respetuosas y comprensivas. Si bien nació a expensas de la necesidad de abordar las barreras y desigualdades existentes en el acceso a abortos seguros, se destaca el papel vital de las prácticas feministas en la salud para garantizar derechos reproductivos (Gudiño Bessone, 2023).

De acuerdo con el relato de una ginecóloga de un CeSAC de la zona oeste señaló que, si bien en el 2012 se elaboró el PANP, la forma de atender a las pacientes no varió considerablemente. La principal diferencia radicó en que

“ahora hay un marco legal para que los médicos tengamos cierta seguridad de que no estás arriesgando la matrícula, porque tengo compañeras que fueron denunciadas y estuvieron con causa judicial. La cuestión después es encontrar médicos que hagan abortos en los hospitales, porque la mayoría se negaba, por convicciones personales algunos y por desconocimiento otros”.⁵

³ Entrevistada N° 1, trabajadora social, 3 de marzo de 2020.

⁴ Entrevistada N° 2, trabajadora social, 16 de marzo de 2020.

⁵ Entrevistada N° 23, ginecóloga, 16 de septiembre de 2021.

Una trabajadora social describió que en el momento en que llegaba una mujer a un CeSAC,

“el equipo de salud le realizaba una entrevista para evaluar la viabilidad de la práctica y una vez constatada la pertinencia, se acompañaba a la mujer al hospital para su internación”.⁶

Médicas y trabajadoras sociales de los CeSAC reportaron resistencia del personal de salud del segundo nivel a realizar ILE y generaban diversos impedimentos para las mujeres que solicitaban este procedimiento. El más común era la exigencia de revalidar las causales de ILE establecidas en la entrevista inicial realizada en el CeSAC, acción que implicaba una nueva entrevista para la mujer y la revictimizaba innecesariamente, retrasando su acceso a la práctica a pesar de haber firmado la declaración jurada. En palabras de una mujer que en el 2014 vivió la experiencia de solicitar una ILE,

“llegué al CeSAC por las socorristas, me vieron una médica y una trabajadora social y me derivaron al hospital. Primero fue difícil que me den un turno y cuando lo conseguí, luego y me dicen que me tienen que volver a evaluar. Me preguntaban si yo sabía que tenía que usar anticonceptivos para no quedar embarazada, porque el aborto se hacía en caso de abuso y decían que tenían que ver si me lo podían hacer a mí”.⁷

Aunque los formularios de derivación indicaban que la causa era “salud integral”, los hospitales solo procesaban las solicitudes que se encuadraban en la categoría de abuso, desestimando el concepto más amplio de salud integral. Tras la insistencia de los profesionales del CeSAC, la mujer finalmente pudo ejercer su derecho a realizarse la ILE, pero relató que el personal de salud del hospital la hizo sentir culpable y merecedora de maltrato por solicitar un aborto.

El testimonio de una trabajadora social de un CeSAC de zona sur puso en evidencia que los hospitales sometían a las sobrevivientes de abuso sexual a una revictimización, agravando así el daño sufrido y constituyendo una forma de violencia obstétrica, dado que

⁶ Entrevistada N° 8, trabajadora social, 31 de agosto de 2020.

⁷ Entrevistada N° 9, mujer solicitante de ILE, 14 de noviembre de 2020.

“en muchos casos, los jefes de obstetricia miraban las ecografías y preguntaban la fecha del abuso sexual para cotejar que coincidiera con lo que indicaba la imagen”.⁸

En la práctica, la decisión final sobre la realización de la ILE y la causal a aplicar recaía en el profesional médico, situación definida por una trabajadora social como “validación científica de lo social”. Esta dinámica generó una disputa política entre los equipos de salud de distintos niveles, con los profesionales de los CeSAC, defendiendo una interpretación amplia de la causal de salud integral, basada en el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos y su autonomía reproductiva. La red de profesionales de los CeSAC, a través de una acción coordinada, disputó el sentido del concepto salud integral y logró garantizar que todas las derivaciones incluyeran esta causal, poniendo fin a los rechazos.

Uno de los desafíos más importantes fue la violencia obstétrica que sufrían las mujeres en el segundo nivel de atención. Ante esta situación, se articularon estrategias de acompañamiento entre las socorristas feministas y el personal de los CeSAC para apoyar a las mujeres durante su internación en los hospitales, situaciones que podían durar hasta siete días. La necesidad del acompañamiento surgió a expensas de las diversas formas de violencia obstétrica a las que eran sometidas, entre las que se puede mencionar el reparto de números para sorteo de ropa de bebé en la recepción de ginecología, mientras había mujeres esperando su ingreso para realizar la ILE, o las amenazas de denuncias que recibían en las consultas.

Otra de las formas de violencia identificada a través de las entrevistas es que el personal de enfermería proveía el misoprostol a las mujeres de manera irregular y sin la información adecuada para su autoadministración, llegando a pasar varios días sin que les dieran las pastillas. Para hacer frente a estas situaciones, las socorristas y las trabajadoras sociales se turnaban para acompañar a las pacientes en las habitaciones de los hospitales, sumado a la necesidad de evitar que el personal religioso de las salas de oración de los nosocomios ingresara a las habitaciones y presionara a las mujeres mediante la entrega de imágenes de santos y vírgenes y les ofreciera rezar por “el niño por nacer”.

⁸ Entrevistada N° 12, trabajadora social, 10 de mayo de 2021.

La implementación sistemática de estas prácticas, que incluían violencia psicológica, tenía como objetivo primordial vulnerar la autonomía reproductiva de las mujeres, socavando su capacidad de tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo. En caso de que no decidieran continuar con sus embarazos, se recurría a procedimientos médicos como el legrado con el objetivo de castigarlas. Los testimonios de mujeres que se sometieron a ILE en hospitales corroboraron que este proceder era habitual y que un gran número de ellas sufrieron sus consecuencias. Una mujer que solicitó la ILE en el 2017 contó que en la consulta postaborto la ecografía mostraba la existencia de

“unos coágulos que me tenían que sacar, pero me seguían diciendo esas cosas para maltratarme psicológicamente. Después me querían hacer el raspado [legrado] sin anestesia, pero la socorrista me había avisado que siempre pida anestesia y tuve que rogarles que me la pusieran”.⁹

El legrado, a pesar de estar desaconsejado por los estándares internacionales debido a sus potenciales complicaciones, seguía siendo utilizado en algunos hospitales. Esta práctica, considerada una forma de violencia obstétrica, se interpretaba como un mecanismo de disciplinamiento hacia aquellas mujeres rompen con el mandato social y deciden no tener hijos.

Las socorristas feministas entrevistadas coincidieron en que el acompañamiento a las mujeres en situación de aborto era un pilar fundamental de su activismo, tanto si deciden concretarlo como si optan por continuar con el embarazo. Ello responde a que el acompañamiento no solo se limita al procedimiento en sí, sino que responde a las necesidades integrales de las mujeres en este proceso.

Los relatos de las socorristas sobre los procesos de acompañamiento en colaboración con los profesionales de los CeSAC, pusieron de manifiesto la persistencia de la violencia obstétrica en el segundo nivel de atención. Las mujeres eran objeto de maltrato verbal, negligencia médica, falta de información y presión para desistir de la ILE. En algunos casos, se las obligaba a regresar a sus casas con medicación incompleta, sin la posibilidad de acceder a un seguimiento adecuado y al retornar al hospital descubrían que no había tocoginecólogos disponibles para brindarles la atención necesaria.

⁹ Entrevistada N° 27, mujer solicitante de ILE, 20 de octubre de 2021.

De acuerdo a los testimonios recabados, el trato que recibían las mujeres variaba según el médico que las atendiera. En algunos hospitales todo el servicio de ginecología era objetor de conciencia, por lo que una de las estrategias desarrolladas por las socorristas fue identificar quiénes eran y cuándo atendían para evitar enviar a las mujeres durante sus turnos.

Entre las personas entrevistadas, la única objetora de conciencia fue una médica obstetra que presta servicios en un hospital público. La profesional indicó que rechazó varias solicitudes de ILE y planteó dudas sobre la pertinencia de realizarla incluso en el caso de sobrevivientes de abuso sexual, cuestionando la veracidad de las declaraciones juradas, ya que

“muchas mienten y cuentan historias que no coinciden, dicen que no tienen condiciones económicas y que el embarazo les afecta psicológicamente. Yo soy médica y creyente, estoy obligada a cuidar las vidas y la objeción de conciencia protege mi derecho a no ir en contra de mis principios”.¹⁰

Los testimonios recogidos del personal médico entrevistado revelaron que, en ocasiones, las trabas para acceder a una ILE se originaban en las políticas internas del hospital. El único ginecólogo hombre que aceptó participar de las entrevistas afirmó que

“en algunos casos por falta de información y otros por principios morales de los administrativos, a las mujeres que consultaban por abortos en los hospitales se les daba información con reglas y procedimientos no escritos ni requeridos”.¹¹

Una trabajadora social¹² describió esta situación como una “lógica institucional de la postergación”, ya que cuando una mujer se acercaba al centro de salud a consultar, se le informaba que no había turnos disponibles y que tenía que volver en unas semanas, arriesgando a que la ILE no se realizara por exceder el tiempo de gestación previsto.

Instituciones médicas de prestigio mundial, como la Royal College of Obstetrics and Gynecology (RCOG, 2015) y la American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG, 2013), han

¹⁰ Entrevistada N° 25, obstetra, 5 de octubre de 2021.

¹¹ Entrevistado N° 17, ginecólogo, de 2 de agosto de 2021.

¹² Entrevistada N° 2, trabajadora social, 16 de marzo de 2020.

elaborado recomendaciones y guías clínicas sobre los procedimientos para realizar abortos inducidos en el segundo trimestre. Sin embargo, una especialista en obstetricia indicó que

“muchos hospitales tenían un acuerdo tácito de no realizar abortos de embarazos mayores a dieciocho semanas y rechazaban las derivaciones de los CeSAC por estar excedido el tiempo de la gestación”.¹³

Dentro de este marco, se registró el caso de una mujer sobreviviente de trata con una gestación mayor a dieciocho semanas que solicitó interrumpirla. Ante la negativa de los hospitales a dar curso a su solicitud, gracias a la presión ejercida por la red de profesionales de los CeSAC se logró su ingreso y una vez internada recibió hostigamientos. Entre los maltratos recibidos, le suministraron el medicamento sin las indicaciones necesarias y omitieron suministrarle analgésicos para aliviar los efectos secundarios del misoprostol, comunes en esa etapa gestacional, y para la realización posterior de la AMEU ocasionada por la mala administración de la droga.

Los testimonios recabados revelan la existencia de una burocracia de base se manejaba con una relativa autonomía respecto de las autoridades superiores y que, en la práctica, definía los criterios de acceso a la ILE, de manera arbitraria y subjetiva basada en sus propios prejuicios. Esta discrecionalidad se traducían en la utilización de obstáculos para las mujeres que solicitaban la interrupción de su embarazo, entre los que se encontraban la negación de turnos para ecografías, alegar falta de personal para la realización de las prácticas, una administración deficiente de las pastillas de misoprostol y la violencia verbal y emocional. Estas situaciones abusivas llevaron a que muchas mujeres presentaran denuncias ante la Defensoría del Pueblo de la Ciudad o ante el servicio de atención nacional 0800 Salud Sexual, lo que pone muestra que los estándares legales, por sí solos, no son suficientes para definir los parámetros que delimiten la prestación de un servicio, mientras que la disputa entre los CeSAC y los hospitales sobre la ejecución de las ILE indica que la burocracia de base efectivamente utiliza criterios personales para decidir quién es merecedor o no del servicio que presta.

¹³ Entrevistada N° 20, obstetra, 2 de septiembre de 2021.

CONCLUSIONES

La despenalización parcial del aborto en Argentina, vigente desde principios del siglo XX, estuvo marcada por una implementación desigual y supeditada a criterios subjetivos. Priorizaba un enfoque biomédico y estaba condicionada por barreras burocráticas y creencias personales, por lo que la Ley N° 27.610 de Acceso a la IVE significó un avance en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. La ciencia médica, en tanto que disciplina hegemónica, ha servido como soporte fundamental del sistema patriarcal por su modelo sexual binario fundamentado en la biología reproductiva que construye normas sociales y expectativas de comportamiento asociadas a cada sexo (Rostagnol, 2014). El patriarcado ejerce su dominio a través de la imposición de roles de género restrictivos, especialmente sobre las mujeres, controlando su sexualidad y reproducción a través de la identificación de los conceptos mujer y madre como destinos ineludibles y patologizando cualquier desviación de estos roles (Roberts, 2017). El feminismo ha desmontado la idea de que el género es una característica biológica inmutable, demostrando que es una construcción social y que no implica la existencia de un determinismo biológico, sino de intereses políticos y sociales.

Esta investigación, basada en un análisis documental, normativo y en entrevistas semiestructuradas a informantes clave, se propuso reconstruir el procedimiento de implementación de la política de acceso a las ILE en la CABA entre los años 2013 y 2020. Al poseer el IDSP más alto del país, según datos del PNUD, y contar con un sistema de salud pública financiado principalmente por recursos propios, las decisiones sobre la accesibilidad al aborto en la CABA se debieron más a obstáculos burocráticos relacionados con la autonomía de los profesional de base que a la escasez de recursos. Esta burocracia ejercía la discrecionalidad en la aplicación de los criterios de acceso a la ILE, con frecuencia eludiendo la ley y amparándose en razones personales o profesionales, que incluían la objeción de conciencia, tanto por razones religiosas como por argumentos científicos y bioéticos, y con ello limitaba el acceso al aborto. Sin embargo, desde la perspectiva de esta investigación, las restricciones médicas al aborto son una manifestación del control social sobre la sexualidad y la reproducción de las mujeres, una forma de penalizar su libertad sexual disfrazada de regulación del aborto.

Sobre la objeción de conciencia, al ingresar al servicio público de salud, los profesionales adquieren el compromiso de garantizar los derechos sexuales y reproductivos reconocidos por el Estado. Como funcionario público, su deber es implementar las políticas públicas vigentes, por lo que no puede alegar que el Estado lo fuerce a actuar en contra de sus principios (Faerman y Tenenbaum, 2018).

Por otro lado, el discurso médico tiene un carácter performativo, es decir, crea la realidad que describe (Rostagnol, 2014). Así, se oculta el carácter social y construido de la maternidad, presentándola como un hecho natural o destino inevitable de todas las mujeres y se invisibiliza la decisión personal (Roberts, 2017). Esta concepción esencialista reproduce la sujeción patriarcal y se apoya en la violencia sexual contra las mujeres para justificar la jerarquía entre los sexos. De este modo, cuando se penaliza a la mujer por abortar, en realidad se está castigando su libertad sexual. Criminalizar el aborto no solo es una injerencia en la vida privada de las mujeres y deriva en una vulneración de sus derechos humanos, sino que someterlas a un proceso de gestación forzada implica generarles un sufrimiento físico y psicológico que se configura como una forma de tortura (Lamm, 2008).

La violencia obstétrica es una de las manifestaciones de la penalización hacia las mujeres que abortan y busca disciplinarlas por no cumplir con el mandato de la maternidad como destino ineludible. Antes de la sanción de la Ley de Acceso a la IVE, en Argentina el marco legal no contemplaba la obligación de denunciar a las mujeres que buscaban abortar, ya que esto implicaría una violación del secreto médico, pero sí es un delito quebrantar la confidencialidad médico-paciente mediante una denuncia (Deza, 2013).

Las entrevistas realizadas revelaron en los profesionales de la salud una falta de conocimiento sobre la normativa relativa al aborto, así como sobre los aspectos técnicos de su ejecución. Si bien existen esfuerzos por capacitarlos legalmente sobre sus deberes y obligaciones, persisten obstáculos profundos arraigados en creencias y valores personales asociados con criterios subjetivos, ideológicos y religiosos que afectan las prácticas profesionales (López Gómez, 2015).

La postura de la burocracia de salud respecto del aborto no se basa en evidencia científica y criterios objetivos, sino que está impregnada de valores que encasillan a la mujer en un rol maternal inevitable y aquellas que se desvían de este destino son castigadas. Esta imposición de la

maternidad como un camino inexorable responde a un constructo social patriarcal que busca subyugar a la mujer mediante el disciplinamiento de su cuerpo, su sexualidad y su capacidad reproductiva. El discurso médico, en este contexto, se convierte en una herramienta para reforzar este sistema (Camacaro, 2006; Roberts, 2017; Rostagnol, 2014).

En este panorama adverso, se identificó un tema emergente surgido a partir de la colaboración de las burocracias de base de los CeSAC. Estas redes, impulsadas por el respeto a la libre elección de las mujeres sobre su salud reproductiva, se transformaron en actores capaces de defender el acceso al aborto legal e inducido (ILE). Por ello, se considera que este trabajo constituye un punto de partida para futuras indagaciones sobre las complejas interacciones al interior de las organizaciones burocráticas, generando así nuevas preguntas de investigación. Esto incluye la interacción de una burocracia de base con enfoque feminista y las disputas de poder e intereses con la burocracia de salud tradicional, en cuanto a la definición de los problemas y las soluciones aplicables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG. (2013). *Second Trimester Abortion*.
- Camacaro, M. (2006). Voces sobre la violencia en la atención del aborto. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 3(1).
- Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y la Centro Universitario San Martín (CUSAM). (2020). *La criminalización por aborto y otros eventos obstétricos en la Argentina*. <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/la-criminalizacion-por-aborto-y-otros-eventos-obstetricos-en-la-argentina/>
- Carrera, M. L., Saralegui Ferrante, N. y Orrego-Hoyos, G. (2022). *Entra una paciente, sale una denuncia. El engranaje médico, jurídico y religioso que permite los procesos penales contra pacientes*. Siglo Veintiuno Editores.

- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, 8(13), 145-183.
<https://ojs.econ.uba.ar/index.php/REPBA/article/view/785>
- Colino, C. y Del Pino, E. (2000). Las dos caras de la administración burocrática en la obra de Max Weber. *Revista Ciencias Sociales*, 2(19), 49-92.
- Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. (2018). *En equipo*. Ministerio de Salud.
<https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2017/11/28/0732575d8d60537cc0dd4ed2b4cd8aa6cb0a3ba1.pdf>
- Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. (2019). *Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2016-2018*.
<https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2020/02/25/49d579472251eeaa24a111532174e2c0127c55aa.pdf>
- Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. (2020). *Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2019*.
<https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2021/06/18/26b01f9c3630584d66f2c8f49b34e79d0e04de0e.pdf>
- Coordinación de Salud Sexual, VIH e ITS. (2021). *Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2020*.
<https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2021/10/26/8eeb6a06bd533c1a1213adeba399ac3f756c0a25.pdf>
- Corte Suprema de Justicia de la Nación. F., A. L. s/ medida autosatisfactiva. Magistrados. Ricardo Luis Lorenzetti, Elena I. Highton De Nolasco, Carlos S. Fayt, Enrique Santiago Petracchi, Juan Carlos Maqueda - E. Raúl Zaffaroni - Carmen M. Argibay. Sentencia del 13 de marzo del 2012, Fallos: 335.1:200.
- Decreto 260 de 2020 [Poder Ejecutivo Nacional]. Por el cual se establece la emergencia sanitaria por Coronavirus (COVID-19). 12 de marzo de 2020.
- Decreto 956 de 2020 [Poder Ejecutivo Nacional]. Por el cual se establece el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio y Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio. 30 de noviembre de 2020.
- Deza, S. (2013). Violación de secreto médico y denuncia de aborto. *Perspectivas Bioéticas*, 18(34), 41-63.

- Dosso, D. (2019). Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo. En L. Riveiro (Comp.), *Trabajo Social y feminismos: perspectivas y estrategias en debate* (pp. 177-210). Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales (ICEP) del Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.
- Faerman, R. y Tenenbaum. T. (2018). La objeción de conciencia en los derechos sexuales y reproductivos: algunas precisiones y discusiones. En A. Ramón Michel y P. Bergallo (Comps.), *La reproducción en cuestión. Investigaciones y argumentos jurídicos sobre aborto* (pp. 387-400). EUDEBA.
- Fernández Vázquez, S. (2018). Políticas públicas de aborto en transición: de las consejerías pre y post aborto a las interrupciones legales del embarazo en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Revista de Bioética y Derecho*, (43), 145-160. <https://doi.org/10.1344/rbd2019.0.21639>
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (s.f.). *Centros de Salud y Hospitales*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado el 7 de marzo de 2024 de <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/actividades-en-establecimientos-de-salud/centros-de-salud-y-centros-medicos-barriales>
- Gudiño Bessone, P. (2023). Prácticas feministas en salud y acceso al aborto en Argentina (2018-2021). *Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 44(95), 377-419. <http://dx.doi.org/10.28928/ri/952023/aot10/gudinobessonep>
- Instituto de Estudios de Género y de la Mujer. (2018). Informe: *El sistema de salud desde la perspectiva de género*. UNCUYO.
- Lamm, E. (2008). *Las restricciones de acceso a un aborto legal y seguro como violación de los derechos humanos de las mujeres*. Universitat de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/11421>
- Ley 11179 de 1921. Código Penal de la Nación Argentina. 3 de noviembre de 1921. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Ley 153 de 1999. Ley Básica de Salud. 28 de mayo de 1999. Boletín Oficial (BOCBA) N° 703.
- Ley 27610 de 2021. Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), obligatoriedad de brindar cobertura integral y gratuita. 30 de enero de 2021. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primerA/239807/20210115>

- Lipsky, M. (1996). Los empleados de base en la elaboración de políticas públicas. En J. Subirats y J. Brugué (Comps.), *Lecturas de Gestión Pública* (pp. 279-298). Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), Boletín Oficial del Estado (BOE).
- López Gómez, A. (2015). Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas de las/os profesionales de la salud. En S. Ramos (Comp.), *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia* (pp. 57-76). CEDES, Population Council, PROMSEX.
- Lopreite, D. (2012). Travelling ideas and domestic policy change: The transnational politics of reproductive rights/health in Argentina. *Global Social Policy*, 12(2), 109-128. <https://doi.org/10.1177/1468018112443685>
- Maynard-Moody, S, y Musheno, M. (2000). State agent or citizen agent: Two narratives of discretion. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 329-358. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a024272>
- Maynard-Moody, S. y Portillo, S. (2011). Street-Level Bureaucracy Theory. En R. Durant (Ed.), *The Oxford Handbooks of American Bureaucracy* (pp. 252-277). Oxford University Press.
- Mayntz, R. (1985). *Sociología de la administración pública*. Alianza Editorial.
- Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*. Sage.
- Oszlak, O. (2006). Burocracia estatal: política y políticas públicas. *POSTData Revista de Reflexión y Análisis Político*, (11), 11-56.
- Programa Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD. (2017). *Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2017. Información para el desarrollo sostenible. Argentina y la Agenda 2030*. PNUD.
- Puga, M. y Vaggione, J. M. (2018). La política de la conciencia. La objeción como estrategia contra los derechos sexuales y reproductivos. En A. Ramón Michel y P. Bergallo (Comps.), *La reproducción en cuestión. Investigaciones y argumentos jurídicos sobre aborto* (pp. 361-385). EUDEBA.
- Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero M. y Szulik. D. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?* CEDES.

Resolución 1252/MSGC/12 de 2012 [Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires]. Por el cual se aprueba el Procedimiento para la atención profesional de prácticas de aborto no punibles en los Hospitales del Subsector Público. 10 de septiembre de 2012.

Roberts, D. E. (2017). Maternidad y delito. *Revista Argentina de Teoría Jurídica*, 17(2), 1-25.

Rostagnol, S. (2014). *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*. Ediciones Universitarias.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - RCOG. (2015). *Best practices in comprehensive abortion care*. <https://www.glowm.com/pdf/best-practice-paper-2---comprehensive-abortion-care.pdf>

Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P. y Elbert, R. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. CLACSO.