

**VIII Jornadas de Jóvenes Investigadores**  
**Instituto de Investigaciones Gino Germani**  
**Universidad de Buenos Aires**  
**4, 5 y 6 de Noviembre de 2015**

**Florencia Faretta**

Jefa de Residentes – Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud –  
CeSAC N° 7 – Hospital General de Agudos “D. F. Santojanni” – G.C.A.B.A. // Lic. en  
Antropología (FFyL – UBA).

[florenciafaretta@gmail.com](mailto:florenciafaretta@gmail.com)

**Cecilia Quattrucci**

Residente de 2do año – Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud –  
CeSAC N° 7 – Hospital General de Agudos “D. F. Santojanni” – G.C.A.B.A // Lic. en  
Sociología (FSoc – UBA).

[ceciliaquattrucci@hotmail.com](mailto:ceciliaquattrucci@hotmail.com)

**Carla Agustina Santomaso**

Residente de 2do año – Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud –  
CeSAC N° 7 – Hospital General de Agudos “D. F. Santojanni” – G.C.A.B.A // Lic. en  
Sociología (FSoc – UBA).

[agustinasantomaso@gmail.com](mailto:agustinasantomaso@gmail.com)

Eje 11. Estado, instituciones y políticas públicas.

**En los márgenes del Estado. Instituciones del sistema público de salud y estrategias de  
reducción de abortos inseguros**

Palabras clave: aborto; políticas públicas; sistema público de salud.

## **RESUMEN**

Este artículo forma parte de una investigación más amplia sobre la atención dentro del primer nivel del sistema público de salud del GCABA a mujeres que atravesaron situaciones de abortos inducidos. Partimos de entender al Estado y las políticas públicas en sus aspectos prácticos, enfocando en los efectores del sistema público de salud como instituciones estatales donde las políticas públicas se ponen en juego de manera concreta. Consideramos al Estado como un actor heterogéneo con puntos más articulados que otros y con distintas y cambiantes distribuciones de poder en su interior.

El objetivo es describir cómo se lleva adelante la atención a mujeres que deciden interrumpir voluntariamente su embarazo en un contexto legal restrictivo y que acuden al sistema público de salud. Este es un trabajo descriptivo que utiliza técnicas cualitativas para la presentación de experiencias y datos, tomando como referencia empírica la atención en un centro de salud de la zona sur de la CABA. Nuestra hipótesis es que, a pesar del marco legal restrictivo, las consejerías en salud sexual y reproductiva brindan una atención basada en la perspectiva de derechos y en la estrategia de reducción de riesgos y daños que colabora a la disminución de abortos inseguros.

## **INTRODUCCIÓN**

Este artículo presenta las consejerías en reducción de riesgos y daños (RRyD) como dispositivo de atención dentro del primer nivel del sistema público de salud del GCABA a mujeres que acuden con la decisión de interrumpir su embarazo. El trabajo forma parte de una investigación más amplia sobre trayectorias de mujeres que deciden abortar y acuden al sistema público de salud, en la cual se hace foco sobre la experiencia de las mujeres, sus representaciones, el modo en que acceden al sistema y las respuestas que reciben. En esta ocasión pretendemos centrarnos en el modelo de atención de las consejerías en reducción de riesgos y daños llevado adelante por agentes estatales en relación con tres dimensiones: el contexto institucional, el marco legal y los programas y políticas públicas.

El objetivo es describir el funcionamiento de las consejerías en RRYD como estrategia de atención, enfocando en el modo en que la política pública de salud sexual y reproductiva se formula y diseña, para analizar cómo los agentes estatales reconfiguran en lo local la

estrategia de reducción de riesgos y daños. Asimismo, pondremos en discusión los alcances y las limitaciones que esta estrategia encuentra para institucionalizarse.

Nuestra tesis principal es que, a pesar del marco legal restrictivo, las consejerías en salud sexual y reproductiva integral brindan una atención basada en la perspectiva de derechos y en la estrategia de reducción de riesgos y daños que colabora de manera sustancial a la disminución de abortos inseguros.

## **APORTES TEÓRICOS**

Reflexionar sobre los efectores del sistema público de salud como instituciones estatales donde las políticas públicas se ponen en juego de manera concreta, requiere de un entramado conceptual que permita “desmitificar al Estado como entidad monolítica y examinarlo en sus formas más amplias y cotidianas” (Lagos y Calla, 2007: 15). En esta línea, retomando los aportes de la antropología del Estado, entendemos que el Estado en su materialidad e institucionalidad se constituye como un actor heterogéneo con puntos más articulados que otros y con distintas y cambiantes distribuciones de poder en su interior. Tal como señalan Barragan y Wanderley (2009), desde esta perspectiva se trata de des-reificar al Estado, analizando “las múltiples y entramadas relaciones de poder en distintos niveles e instancias, así como los complejos juegos de lecturas y reinterpretaciones, silencios, acomodados, invenciones y acatamientos entre diversos actores” (2009: 22). Las autoras proponen desechar la visión que define al Estado como un ente todopoderoso, unitario y coherente, esto es, no abordarlo como una entidad dominante separada de la sociedad. Al mismo tiempo, invitan a pensarlo en su materialidad y cotidianeidad desde los funcionarios y las prácticas burocráticas y administrativas. Por último, sostienen la necesidad de evitar la dicotomía entre la materialidad y la ideología de esta institución, ya que es desde “la cotidianidad que se reproduce la materialidad y las representaciones del Estado, y es también a través de las representaciones y discursos que se materializa la construcción de la estatalidad” (2009: 23).

Das y Poole (2004), por su parte, proponen pensar en los márgenes del Estado situados fuera de los ámbitos estatales de control y legitimidad incuestionable. Dichos márgenes no son espacios de ausencia o debilidad estatal, sino que son “supuestos necesarios del Estado” (2004: 20) donde las prácticas de gobierno se redefinen permanentemente. Se constituyen como “sitios de práctica en los cuales las prácticas estatales de ley y orden son colonizadas

por otras formas de regulación que emanan de las necesidades urgentes de las poblaciones de asegurar su supervivencia económica y política” (2004: 6).

A nivel de las políticas públicas, Shore (2010) caracteriza su proceso de formulación resaltando la complejidad que lo atraviesa y el carácter desordenado de este proceso. En particular, señala las maneras ambiguas y a menudo disputadas en que las políticas son promulgadas, implementadas y recibidas por la sociedad. Cuestiona los abordajes que pretenden entender las políticas públicas como procesos lineales que van desde el diseño hasta su implementación directa, sin reconfiguraciones ni transformaciones en este recorrido “de arriba hacia abajo”, desde los funcionarios del Estado hasta los destinatarios. En contraposición, plantea que las políticas son creadas e implementadas en una compleja trama de relaciones de fuerza donde intervienen diversos actores e instituciones, con consecuencias y efectos que escapan a la planificación inicial.

En esta instancia, nos resulta pertinente mencionar los aportes de dos investigaciones sobre políticas públicas en salud, que resultan de gran utilidad a la hora de abordar nuestro objeto. Una de ellas es el trabajo etnográfico realizado por Pozzio (2011) en un centro de salud del Conurbano Bonaerense. A través de su trabajo de campo, la autora se acerca a las prácticas cotidianas del efector y a los conflictos y las mediaciones que se implican en la implementación de las políticas y programas<sup>1</sup>. Dicha investigación plantea una distinción central para comprender las políticas sociales en tres niveles. El primer nivel se refiere a lo que enuncian los programas, instancia en la cual se manifiesta la ideología, los saberes y acuerdos de funcionarios y políticos. Un segundo nivel, se conforma por lo que dicen y hacen los agentes estatales –médicos, enfermeros, administrativos- encargados de gestionar cotidianamente los programas, que implica una mediación entre la letra y su modalidad de implementación. Por último, el tercer nivel focaliza en cómo los destinatarios reinterpretan y actualizan los sentidos y representaciones de los programas y las políticas públicas. Esta distinción da cuenta de que el modo en que actúan los agentes no sólo está guiado por una lógica racional burocrática, sino que interviene, además, el componente personal propio que se da en la interacción entre trabajadores de la salud y usuarios.

En esta misma línea, Adissi (2010) analiza la construcción de un *habitus* propio de los agentes estatales en salud. Para ello, parte de entender la fragmentación del sistema como una

---

<sup>1</sup> Los Programas funcionan como instrumentos que los gobiernos implementan para desarrollar y operacionalizar las leyes y políticas públicas sociales en general o de salud en particular. En concreto, los Programas de Salud se encargan de la gestión de los recursos, de la organización sanitaria, de las acciones en salud, de la planificación presupuestaria y de la centralización de datos epidemiológicos. Según cuál sea su área geográfica de aplicación, existen programas nacionales, provinciales y municipales.

condición estructurante con consecuencias diversas. La fragmentación conlleva una falta de normas claras –o su desconocimiento– que posibilita un gran desarrollo de la autonomía de los profesionales que es valorada positivamente y defendida por los márgenes de acción que habilita. Al mismo tiempo, se cuestiona fuertemente la fragmentación del sistema que es, en definitiva, la que permite la libertad de acción existente. En el trabajo cotidiano, la fragmentación es vivida muchas veces como desamparo institucional, soledad y falta de respaldo a las prácticas profesionales. Para la autora, la autonomía es constitutiva del *habitus* del profesional de la salud pública y permite llevar adelante iniciativas que siguen líneas divergentes –o incluso totalmente contrarias– de las propugnadas por las distintas jerarquías de autoridades, es decir, por los niveles de gestión central que impulsan los programas y las políticas públicas. En este escenario, por un lado, emerge la posibilidad de que las posturas particulares sostengan acciones y abordajes no hegemónicos. Pero por otro lado, la fragmentación puede operar de manera negativa en la medida en que implica la ausencia de una gestión conjunta y de una construcción de sentido compartido por el equipo de trabajo. Esta situación se suele completar con la falta de control del trabajo de los profesionales, posibilitando que lo que estructure las intervenciones cotidianas sea el interés o el compromiso particular y no una lógica de derecho a la salud y deber profesional. Este aspecto adquiere especial relevancia si se tiene en cuenta sus efectos en la asistencia, ya que dependiendo del agente que brinde la atención, las respuestas del sistema pueden resultar muy diversas.

En resumen, la antropología y la mirada etnográfica enfocada en las prácticas, rutinas y cotidianidad de las instituciones estatales, ha abordado la cuestión de las políticas públicas y su elaboración comprendiendo al Estado como una entidad heterogénea y no monolítica, y la formulación e implementación de políticas públicas como procesos complejos atravesados por disputas y constantes reformulaciones. Al mismo tiempo, ha reconocido la ambigüedad y polisemia de las políticas públicas y de los significados y sentidos que los distintos actores (agentes estatales y ciudadanos) le atribuyen. Esta mirada nos resulta útil para acercarnos a nuestro análisis de las consejerías en RRYD en la medida que ponen en evidencia la tensión que existe entre la letra y la materialidad de las políticas públicas y programas.

## **METODOLOGÍA**

Este trabajo fue realizado por integrantes de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS)<sup>2</sup> de la sede formadora del CeSAC N°7 (Área Programática del H.G.A. D. F. Santojanni), cuyo equipo está conformado por profesionales de las disciplinas de antropología y sociología. El equipo de la residencia trabaja junto con una médica generalista de planta en el dispositivo de consejerías en RRYD para mujeres que deciden interrumpir voluntariamente su embarazo y que acuden al sistema público de salud. A tales fines, trabajaremos con el marco legal sobre el aborto en Argentina, con los documentos y guías de los programas de salud sexual tanto nacional como municipal y fundamentalmente con el relato de nuestras propias experiencias en tanto profesionales de la salud que trabajan en las consejerías.

Entendemos el relato de experiencias como un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica. La elección de esta metodología se basa en que permite visibilizar las intervenciones concretas y cotidianas que existen de hecho y surgen de las demandas de la población, es decir, en la interacción cotidiana entre usuarios y profesionales dentro de los efectores de salud. Apostamos a que la reflexión sobre la propia experiencia práctica contribuya a generar caminos tendientes a la institucionalización y formalización de modalidades de atención no hegemónicas que tienen efectos sobre la salud de las poblaciones y que se enmarcan en la perspectiva de derechos.

## **ANÁLISIS**

### **El sistema público de salud como escenario institucional**

La noción de sistema de salud engloba a todas las instituciones, organizaciones y recursos que se dedican a producir actividades de salud, cuyo objetivo principal es el de mejorar la salud de las poblaciones. Un elemento que atraviesa a todo el sistema lo constituyen las políticas públicas en salud (nacionales, provinciales o municipales) que manifiestan el tipo de regulación y control estatal sobre el sistema.

El sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires “está integrado por el conjunto de recursos de salud de dependencia estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad” (Ley N°153, 1999). Nuestro trabajo se centra en el subsistema

---

<sup>2</sup> La Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) es un posgrado remunerado de capacitación en servicio que forma parte del sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires. La formación está orientada al desarrollo de acciones en salud con eje en la Educación y Promoción de la salud, y la Prevención de enfermedades, en el marco de la Salud Colectiva y la estrategia de Atención Primaria de la Salud. <http://rieips.blogspot.com.ar/>

público de salud y su relación con el marco político-normativo que regula las políticas públicas de salud sexual y reproductiva, y en particular las relativas al aborto.

En términos de estructura, el subsector público organiza sus efectores en tres niveles de atención de complejidad creciente y distinta capacidad resolutive. El primer nivel constituye la puerta de entrada al sistema donde se espera que se resuelvan el 80% de los problemas de salud de la población. Este nivel cuenta con 43 Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) y 34 Centros Médicos Barriales (CMB). El segundo y el tercer nivel comprenden las acciones y servicios de atención de mayor complejidad y especialización, y las que requieren internación. En estos niveles se ubican los efectores hospitalarios: 13 Hospitales Generales de Agudos, 14 Hospitales Especializados y 2 Hospitales Pediátricos.

Asimismo, en la Ciudad existen programas a nivel del ministerio de salud que funcionan como instrumentos para desarrollar y operacionalizar las políticas públicas en los efectores. Los programas conforman el nivel central de gestión que coordina y articula las acciones, recursos e información en materia de salud de todos los efectores del sistema que trabajan de manera descentralizada en la atención de la salud a nivel local.

Si bien la formulación y la ejecución de políticas públicas de salud en nuestro país es competencia de cada jurisdicción, el estado nacional, a través del ministerio correspondiente, es a su vez el que suministra el marco normativo más amplio en que se insertan todos los programas jurisdiccionales. En materia de salud sexual y reproductiva existe tanto un programa nacional (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable – PNSSyPR, Ministerio de Salud de la Nación), como un programa municipal de la Ciudad de Buenos Aires (Programa de Salud Sexual y Reproductiva – PSSyR, Ministerio de Salud de la CABA). A nivel de los efectores locales, conviven los lineamientos normativos y los recursos provenientes de ambos programas y ministerios. En este sentido, se configuran como dos actores al interior del propio Estado que no necesariamente siempre funcionan de manera coherente y articulada, y que están inevitablemente atravesados por las coyunturas políticas del momento histórico. Estas desarticulaciones contribuyen a que exista un marco normativo amplio, a veces poco claro, donde los lineamientos y recursos a menudo se yuxtaponen. En consecuencia, en los efectores locales se delinea un escenario donde los márgenes de acción existentes permiten el surgimiento de modelos de atención no hegemónicos que toman los lineamientos de uno u otro programa en función de las circunstancias. Antes de analizar estas cuestiones con mayor profundidad y presentar las políticas públicas que lleva adelante cada programa, mencionaremos el marco legal actual sobre el aborto en Argentina para contextualizar con más precisión las consejerías en RRYD.

## **Marco legal del aborto en Argentina**

En nuestro país, el aborto se encuentra legalmente restringido por el Código Penal desde 1921, donde se lo tipifica como un delito contra las personas y contra la vida. El artículo 86 del Código estipula los casos en los que excepcionalmente el aborto es no 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” y 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”.

Durante décadas, el alcance de estas excepciones estuvo obstaculizado y sometido a debate y judicialización, hasta que recién en marzo de 2012 la Corte Suprema de Justicia, mediante el fallo «F.A.L.», estableció que, en los casos de violación, este derecho alcanzaba a todas las mujeres cuyos embarazos provinieran de relaciones no consentidas, y no sólo a las mujeres con discapacidad. Agregó que no se requiere autorización judicial ni denuncia policial previa para acceder a un aborto no punible. Asimismo, instó al Estado Nacional y a los Estados Provinciales a que sancionen protocolos a fin de regular el acceso rápido y efectivo a la práctica, señalando que las dilaciones innecesarias de parte de los profesionales de salud deben ser evitadas. Señaló aparte que no hay obstáculos constitucionales ni convencionales (en Convenciones y Tratados Internacionales de Derechos Humanos) para la despenalización del aborto.

En la Ciudad de Buenos Aires, luego del fallo FAL, se aprobó el procedimiento para la atención profesional de prácticas de aborto no punibles en los hospitales del subsector público de salud, contempladas en el artículo 86 incs. 1) y 2) del Código Penal a través de la Resolución N° 1252/MSGC/12. La resolución originalmente fue restrictiva, sin embargo, entre fines del año 2012 y principios de 2013, se judicializó, y la jueza Lopéz Vergara realizó modificatorias para que se adecuase a la interpretación del código penal que realizó el Fallo FAL<sup>3</sup>. Recientemente, a mediados de 2015 y a raíz de una denuncia por un caso de interrupción legal del embarazo en un centro de salud, el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires aclaró a través de un memo oficial a todos los efectores que la práctica puede

---

<sup>3</sup> Las modificatorias dejaron sin efecto algunos requisitos que obstaculizaban la práctica: la exigencia a la intervención de un equipo interdisciplinario, la constatación de la inminencia del daño a la salud que implicaría la continuación del embarazo, la firma del director de efector conforme al diagnóstico y al procedimiento, la certificación de insania o discapacidad, el límite de 12 semanas de edad gestacional para realizar la práctica que a partir de las modificatorias quedó a criterio del médico tratante.



realizarse de manera ambulatoria en centros de atención primaria hasta las 12 semanas de gestación.

En resumen, actualmente nos encontramos en un momento histórico en el cual la realización legal de abortos se ha vuelto más accesible y ha ampliado indiscutidamente sus alcances, fundamentalmente en los últimos tres años. El tema continúa sometido a acalorados debates, con avances y retrocesos, pero lo cierto es que se ha instalado como asunto de discusión.

### **Políticas públicas en salud sexual y reproductiva**

Las consejerías en reducción de riesgos y daños (RRyD) son dispositivos para la atención de mujeres que deciden interrumpir su embarazo y que no se encuadran dentro de los casos de abortos legales o no punibles. Si bien no forman parte de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva a nivel nacional ni municipal, ambos programas han comenzado a reconocer la existencia de las mismas como una estrategia posible y legítima para la reducción de los abortos inseguros y de la mortalidad materna.

A nivel nacional, en los últimos años el Ministerio de Salud de la Nación ha publicado diversas guías para la atención de la salud sexual integral de las mujeres. En 2010 el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) publicó una guía sobre Consejerías en Salud Sexual donde se menciona bajo el título de “Información para abordar situaciones críticas” las consejerías frente a embarazos no deseados. Allí se detallan los contenidos a abordar en la consejería con el objetivo de disminuir la exposición de las mujeres a abortos de riesgo. Si bien la guía insta a los profesionales a brindar información actualizada y científicamente validada, no detalla cuál es esa información (tecnologías, opciones medicamentosas, modo de aplicación). También aclara que la práctica debe limitarse a brindar información y realizar estudios sin realizar ningún tipo de intervención, de modo que se enmarque en la ley vigente. En 2014 aparece una actualización de esta guía donde se incluye en el Anexo (“Fichas de Trabajo”) un apartado sobre “Embarazos no deseado y situaciones de aborto” con tres artículos firmados por especialistas en el tema. Es decir, antes que una línea rectora del trabajo en las consejerías, presenta ciertas experiencias y posturas atribuidas a los propios autores. Al mismo tiempo, reconoce que la restricción legal del

aborto, lejos de disminuir el número de abortos, no hace más que aumentar la cantidad de abortos inseguros<sup>4</sup>.

Es de destacar que en estas guías se reconoce la dificultad de la Argentina para bajar las tasas de mortalidad materna en las últimas dos décadas, siendo el aborto la primera causa directa de muerte obstétrica. Tal como se señala en las guías, esta preocupación se vincula con el apremio por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, asumidos como compromiso internacional, que en el objetivo 6 establecen como meta la reducción en tres cuartas partes de la mortalidad materna entre 1990 y 2015. Es notable que desde estas guías el PNSSyPR pareciera abrir un espacio a las consejerías en reducción de riesgo y daños, sin embargo, al no señalar la obligatoriedad de los equipos de salud a realizarlas y al no estar enmarcadas en normativas específicas, la implementación de las mismas queda librado al “compromiso” de los profesionales.

En abril de 2015 el PNSSyPR publicó asimismo varias guías donde presenta protocolos para la interrupción legal del embarazo (ILE), la atención a mujeres que sufren violencia sexual y la asistencia de mujeres que cursan un aborto. En estas guías se hace un desarrollo amplio y detallado sobre la atención de mujeres que abortan en distintas circunstancias. La guía sobre ILE realiza una interpretación amplia de la causal salud en los casos de abortos no punibles al operativizar las diversas situaciones en las que es posible enmarcarlo. Asimismo, la guía sobre mujeres que cursan un aborto se expone en el modo en que debe asistirse a una mujer en consejerías pos-aborto (es decir una vez que la mujer ya realizó prácticas abortivas), desde una perspectiva de derechos y reducción de riesgos y daños. Las consejerías en RRYD se mencionan en un gráfico pero no aparecen desarrolladas como estrategia de atención.

Estas guías del PNSSyPR mostraron cierto quiebre discursivo que funcionaría como puntapié para ampliar los márgenes que enmarcan normativamente las consejerías y otorgarles legitimidad. Sin embargo, por un lado han generado ciertas resistencias y reacciones dentro y fuera del sistema de salud dado que tensionan los marcos legales actuales<sup>5</sup>, y por el otro, no tienen peso normativo en tanto no han sido aprobadas por resolución ministerial.

---

<sup>4</sup>“Las cifras de mortalidad y morbilidad asociadas al aborto inseguro demuestran, de manera dramática y contundente, que la prohibición legal del aborto no lo previene sino que lo vuelve riesgoso, especialmente para las mujeres más pobres” (PNSSyPR, 2014: 53).

<sup>5</sup> Nos referimos a las reacciones del Episcopado argentino (Conferencia Episcopal Argentina, 23/07/2015), así como la sugestiva renuncia de la coordinadora del programa nacional poco después de la publicación virtual de las guías.

A nivel de la Ciudad de Buenos Aires no se cuenta con guías que hagan referencia a las consejerías en RRYD, y en comparación con el de la Nación, el programa municipal cuenta con márgenes bastante más estrechos para pronunciarse oficialmente en torno a estas cuestiones, considerando los lineamientos del actual gobierno y del ministerio de salud. Sin embargo, la ciudad cuenta con sus propias leyes en materia de salud que pueden tomarse como marco legal para avalar las consejerías. Por un lado, la Ley Básica de Salud de la CABA (Ley N° 153, 1999) que garantiza el derecho a la salud integral de todas las personas sean o no residentes de la Ciudad, y fundamentalmente, el derecho de la población a acceder a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual. Por otro lado, la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la CABA (Ley N° 418, 2000) que establece como uno de sus objetivos generales garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos.

En este punto se visualiza cómo dentro del propio Estado conviven actores con distinta capacidad de influencia en cada nivel y con distribuciones de poder diferenciales. Dentro de esta heterogeneidad estatal, los márgenes a nivel local de los efectores de salud permiten tejer estrategias concretas para el desarrollo de modelos de atención no hegemónicos que funcionan de hecho.

### **Cómo funcionan las consejerías en el primer nivel de atención**

Las consejerías toman como marco la perspectiva de salud integral, de derechos sexuales y reproductivos y de reducción de riesgos y daños<sup>6</sup>. Tienen como objetivo “la reflexión conjunta de la mujer o la pareja con el/la consultor/a para que la mujer pueda tomar una decisión informada, consciente y responsable acerca de su embarazo” (PNSSyPR, 2010: 45). El asesoramiento brindado orienta sobre todas las alternativas posibles, incluyendo la de seguir adelante con el embarazo, la adopción y, en caso de que la mujer manifieste su deseo firme de interrumpirlo, las medidas a tener en cuenta para evitar y/o minimizar los riesgos. Este dispositivo se limita a brindar la información científica validada sin ningún otro tipo de intervención. Entre la información que se brinda se incluye la relativa al aborto farmacológico

---

<sup>6</sup> “El concepto de reducción de riesgos y daños apunta a disminuir las consecuencias negativas de una práctica que implica riesgos. No se centra en erradicar la conducta de riesgo, sino que presenta alternativas para ‘convivir’ con ésta de la forma menos riesgosa y dañina posible. Las acciones educativas y socio sanitarias que se engloban bajo los programas de RRYD se realizan sin valoración moral previa acerca de la conducta específica sobre la que se pretende incidir” (PNSSyPR, 2014: 54).

realizado con misoprostol, reconocido por la OMS como método eficaz para interrumpir embarazos y “reducir las complicaciones de un aborto inseguro” (OMS, 2012:46).

Centrándonos ahora en las consejerías del centro de salud que estamos analizando en este trabajo, describiremos el modelo de atención que se lleva adelante desde la perspectiva y la experiencia de los profesionales de la salud. El equipo interdisciplinario que realiza las consejerías está conformado por personal médico y no médico, y aunque puede variar su constitución según la disponibilidad de profesionales, siempre se garantiza la participación de un médico que realiza los controles necesarios, tanto en las consejerías pre como post aborto.

El circuito se inicia con una consulta espontánea (sin turno) de la mujer que puede llegar con la necesidad de confirmar una sospecha de embarazo no planificado, con un embarazo no deseado ya confirmado en busca de información que la ayude a tomar una decisión, o con la decisión de abortar ya tomada y en busca de información sobre los métodos disponibles para la interrupción. En todos los casos se realizan exámenes, tanto para confirmar el embarazo como para determinar la edad gestacional (de estar disponible se realiza una ecografía). La actitud del equipo se basa en la contención, la escucha activa, el respeto y la confidencialidad de la información brindada por la mujer sin emitir juicios de valor. Se evalúan las redes de contención familiar/social y los condicionantes vinculares que puedan estar interfiriendo con una libre elección, resaltando siempre la autonomía y los derechos de la mujer. Se explica el contexto legal restrictivo y el tipo de asesoramiento que podemos brindarle desde este espacio. Se evalúa, junto con la mujer, si la situación se encuadra en los términos de un aborto no punible. En caso negativo, se advierte sobre los riesgos y daños producidos por ciertas prácticas de aborto inseguro (sondas, inyecciones, hierbas medicinales, etc.). Se brinda información comprensible, validada científicamente y de dominio público acerca del uso del misoprostol. Se completa la Historia Clínica Unificada (confeccionada por la Red contra el Aborto Inseguro), que incluye una anamnesis para conocer la situación de salud, descartando factores de riesgo y contraindicaciones para el uso de misoprostol. Se anticipa sobre los síntomas y signos esperables y se advierte sobre los signos de alarma y la conducta a seguir. Se indaga acerca de las redes de apoyo de la mujer y de las condiciones físicas y materiales con las que cuenta para realizar la práctica de manera ambulatoria. Finalmente, se pauta una próxima consulta pos-aborto<sup>7</sup>.

Si la situación se enmarca dentro del aborto legal, se deriva a la mujer con el profesional médico para que evalúe el caso y lleve adelante el protocolo (completar la historia

---

<sup>7</sup> No se brinda la medicación y la mujer realiza la práctica por su cuenta.

clínica explicitando y justificando el causal, firma de consentimiento informado por parte de la mujer, y si corresponde, firma de la declaración jurada para casos de violación). Si el embarazo es de menos de 12 semanas, la mujer puede optar por realizar la interrupción de manera ambulatoria con seguimiento en el centro de salud, y en dicho caso se le entrega la medicación que proporciona el programa de salud sexual y reproductiva de la ciudad. Si opta por realizarla en el hospital, se realiza una derivación protegida al efector de referencia. Para los casos de embarazos mayores a 12 semanas, se recomienda la atención hospitalaria por las posibles complicaciones asociadas.

En las consejerías pos-aborto se recibe a la mujer en el centro de salud y se escucha su relato. Se gestiona control ecográfico para evaluar que el aborto se haya realizado de manera completa. Una vez que el aborto se completa, se le ofrece activamente información y asesoramiento en métodos anticonceptivos y se procura garantizarle el acceso sistemático a los mismos.

## **DISCUSIÓN**

### **Potencialidades y límites del dispositivo de consejerías**

Habiendo repasado el contexto institucional, el marco legal y los lineamientos actuales de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva nacionales y municipales, nos interesa en este apartado analizar cómo se posibilitan y se instauran en este escenario las consejerías en RRYD, poniendo en discusión sus potencialidades y sus límites.

Las instituciones estatales cuentan con amplios márgenes de autonomía a la hora de implementar políticas públicas. El sistema público de salud, en particular, se caracteriza por una alta libertad en el trabajo de sus profesionales. Es en esta autonomía que se comprende el trabajo de las consejerías en RRYD, que emerge de manera más bien individual, invisible y arbitraria por parte de algunos profesionales fruto de su compromiso, su interés personal, su postura ideológica o su sentido de deber profesional. Pero lo cierto es que no están instauradas en la Ciudad de Buenos Aires como lineamiento de política pública de salud sexual y reproductiva, y en general no es una práctica que los efectores impulsen institucionalmente de manera formal. Como señala Adissi (2010), es la alta autonomía de los profesionales de salud la que permite llevar adelante prácticas que no necesariamente siguen los lineamientos de las políticas y programas centrales o incluso van en su contra. En su accionar cotidiano, los agentes de salud actúan como mediadores de esas políticas, generando innovaciones.

Como ya señalamos, la autonomía de los profesionales es otra cara de la fragmentación del sistema de salud. Frente a esta fragmentación, la respuesta de muchos profesionales es la conformación de redes. Las redes en salud son vínculos interpersonales entre profesionales que en muchos casos escapan a la estructura piramidal o clásica de los organigramas. Siguiendo a Mario Rovere (1999), estas redes pueden revestir distintos grados de formalidad institucional y distintos niveles de relación que van desde el mero reconocimiento del otro hasta la cooperación y la asociación más sistemáticas. En el caso de las consejerías en reducción de riesgos y daños, las redes palian el trabajo que en muchas ocasiones se realiza de manera aislada en un efector y permiten no sólo la derivación de pacientes con sistemas de referencia y contrareferencia, sino que se consolidan como espacio de formación, actualización, discusión y organización de estrategias comunes. Yendo más lejos, se espera que a partir del trabajo en red las prácticas que se realizan de manera aislada se consoliden y se formalicen de manera gradual adquiriendo visibilidad y legitimidad con miras a su institucionalización a nivel del sistema. Recientemente, por ejemplo, se conformó la Red Nacional de Profesionales por el Derecho a Decidir. Estas redes de profesionales se imbrican asimismo con los movimientos sociales y feministas que bogan por garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y presionan por la legalización del aborto.

En el caso del Centro de Salud N°7, si bien las consejerías las llevan adelante el equipo de la médica generalista y la RIEPS, se mantienen vínculos con otros servicios que realizan derivaciones o se ocupan de realizar estudios. Al mismo tiempo, existen vínculos con otros efectores del área y con el mismo hospital de referencia, siempre a través de relaciones personales con profesionales. La médica generalista es referente docente en salud sexual y forma parte de distintas redes tanto en la Ciudad de Buenos Aires como en el Conurbano Bonaerense.

Ahora bien, la fragmentación en el sistema no sólo genera autonomía, también implica una fuerte desarticulación con consecuencias negativas en el trabajo de los profesionales y la calidad de la atención de los usuarios. Por fuera de los profesionales que trabajan bajo la perspectiva de reducción de riesgos y daños existe una notable falta de información, especialmente respecto a la normativa existente y a los recursos disponibles en términos de oferta de servicios públicos, cuando no una fuerte estigmatización de las mujeres que acuden solicitando atención en situaciones de aborto o información frente a embarazos no deseados. Este desconocimiento puede traducirse en expulsión del sistema público de salud a mujeres que deciden abortar, arrojándolas a prácticas inseguras. La respuesta que una mujer recibe del

sistema público de salud depende del compromiso de quien la reciba y en gran medida, del azar, y el impacto en su salud resulta notablemente diferente según cada circunstancia.

Consideramos que parte del escenario que posibilita el no involucramiento y el desconocimiento lo constituye la falta de lineamientos claros y políticas públicas que se posicionen de manera contundente sobre el aborto. Situándonos en el nivel de las políticas públicas, cabe señalar que las consejerías en RRYD no entran en contradicción con los lineamientos básicos de las políticas en salud sexual y reproductiva tanto a nivel nacional como local. Incluso se basan en los mismos principios: conformación de un espacio de toma de decisión autónoma, valoración de la decisión de la mujer sobre su propio cuerpo, maternidad como elección, derecho a la información, entre otros. Sin embargo, aunque las consejerías podrían desprenderse de estas políticas, las mismas no se promueven, aunque tampoco se prohíben. En ocasiones se insinúan o se mencionan de manera indirecta bajo ciertos eufemismos, como cuando se las titula “Situaciones críticas”. Es en este dejar hacer sin regular ese hacer donde se visibilizan los alcances y limitaciones de las consejerías como prácticas de atención: la existencia de las mismas depende de la voluntad personal de cada profesional y no de una política pública comprometida con la reducción de los abortos inseguros y de la mortalidad materna.

Por último, nos gustaría relacionar estas consejerías con las transformaciones, sino en las leyes, en las interpretaciones de situaciones de aborto legal. Como se señaló, el aborto en la Argentina en ocasiones es un delito y en ocasiones es un derecho. Si bien las consejerías en RRYD se construyen como estrategia frente a los casos de abortos punibles, en general son los mismos profesionales que llevan adelante las consejerías quienes asisten los abortos legales y, en la mayoría de los casos, es en el marco de las consejerías que el profesional y la mujer evalúan si se trata de un aborto legal o no.

Ahora bien, cuándo un aborto es un derecho y cuándo un delito. El Código Civil establece las excepciones donde el aborto no se considera delito: cuando el embarazo es fruto de una violación, y cuando esté en riesgo la vida o la salud de la mujer. Si bien el Fallo FAL de la CSJN dejó en claro que en todos los casos de violación el aborto es un derecho de la mujer (con o sin discapacidad), la llamada “causal salud” se presenta menos clara para su aplicación. Entre los profesionales se comenzó a discutir qué significa riesgo y qué significa salud. En primer lugar, hay consenso en partir de un concepto de salud integral, entendida como estado de bienestar físico, psíquico y social. En consecuencia, los causales deberían poder operativizarse ya sea como “causal salud física” “causal salud mental” o “causal salud social”. Las situaciones en las que la continuación de un embarazo traería aparejados riesgos

para la salud física de una mujer no suelen ser problemáticos. Ahora bien, aquellos casos en los que entraría en riesgo la salud psico-social de la mujer presentan menos claridad.

Desde una mirada amplia y seriamente posicionada en la perspectiva de salud integral, bien podría afirmarse que la continuación de cualquier embarazo no deseado afecta y pone en riesgo la salud psíquica y social de la mujer, es decir, cualquier embarazo no deseado debería ser no punible (Ceccato y Pistani, 2014). El punto que queremos resaltar es que las casuales siguen presentando grises donde distintos equipos realizan interpretaciones más o menos estrechas, y nuevamente, no hay una un criterio unificado ni un acuerdo preestablecido. Cada equipo, o cada profesional, establecen sus criterios dependiendo del modo en que interprete la ley, pero también de la formación de sus integrantes, su manera de entender la salud y el riesgo, las condiciones institucionales en que esté inserto y sus percepciones más subjetivas en torno a la posibilidad de sufrir presiones o denuncias.

La diferencia entre un aborto legal y un aborto punible puede marcar la atención que una mujer recibe del sistema de salud. Mientras en las consejerías de RRYD sólo se puede proveer información, en los casos de interrupción legal del embarazo se proveen los recursos y servicios para realizar el aborto (provisión de misoprostol, hospitalización, intervenciones quirúrgicas). Si bien reconocemos que en los hospitales y desde el propio Ministerio de Salud de la Ciudad existe un compromiso para llevar adelante los abortos no punibles, las situaciones institucionales son altamente variables y a menudo siguen presentándose múltiples barreras en el acceso a la práctica.

En el caso del equipo del CeSAC N°7 se han realizado interrupciones legales de embarazo tanto por causales de violencia sexual, salud física y salud psico-social. En algunos casos la asistencia se realizó de manera ambulatoria desde el propio centro de salud, mientras que en otros se derivó al hospital. De esta situación podemos inferir que los equipos de profesionales conocen y se sirven de las posibilidades que el marco legal habilita. Al mismo tiempo, fuerzan la ley allí donde la misma presenta grises o márgenes de acción. También presionan para que las prácticas de hecho se institucionalicen y se vean reflejadas en la letra de la norma, en tanto son ellos los que bregan desde dentro del sistema de salud para ampliar los alcances del aborto legal y seguro.

### **Estrategias desde los márgenes de las políticas públicas**

Titulamos este trabajo *en los márgenes* porque nos parecía interesante pensar en los centros de salud como el último eslabón de las políticas públicas en salud, allí donde las mismas se hacen carne y se garantizan (o vulneran) derechos, incluidos los sexuales y



reproductivos. Como señalan Das y Poole (2004) los márgenes se constituyen como espacios de práctica en los que la lógica estatal de ley y orden es reconfigurada “por otras formas de regulación que emanan de las necesidades urgentes de las poblaciones de asegurar su supervivencia” (2004: 6). Al mismo tiempo, el centro de salud en el que trabajamos se ubica en el límite sur de la ciudad, a escasos metros de la General Paz, y en este sentido también nos remite a los márgenes. Las consejerías en RRYD surgen como modelos de atención desde las iniciativas de los profesionales, en los márgenes de acción y autonomía que los lineamientos que las políticas y programas permiten crear. También surgen en los márgenes de la ley, en la medida que los profesionales van forzando las interpretaciones de los causales para transformar los alcances del aborto legal.

Sin embargo, trabajar en los márgenes implica que las acciones dependan de las intenciones profesionales y no sean leídas ni como deberes profesionales ni como derechos de los usuarios. En este sentido se hace imperante que estas estrategias de institucionalicen, incluso en el contexto legal restrictivo, mejorando tanto el trabajo diario de los profesionales, como la accesibilidad a prácticas seguras y la garantía de los derechos de las mujeres. Creemos que el trabajo desde la perspectiva de reducción de RRYD es un buen antecedente en el camino a la legalización del aborto, en tanto se construyen las condiciones para su inmediato y efectivo cumplimiento.

## **APORTES**

Nuestra intención con este estudio es, por un lado, colaborar al desarrollo de la investigación en salud desde la práctica estrechamente articulada con la reflexión teórica. En este sentido, presentamos nuestro trabajo en las consejerías en RRYD para aportar al estudio de las políticas públicas, en la medida que se presenta como un ejemplo de intervenciones cotidianas de agentes estatales que comienza lentamente a institucionalizarse dentro del Estado pero sin depender de los lineamientos de los programas centrales.

Por otro lado, pretendemos aportar al abordaje de un tema tan sensible socialmente como el aborto desde una perspectiva de salud pública, esquivando por tanto los debates ético-morales. El interés que guio este trabajo fue el de visibilizar y reflexionar críticamente sobre estrategias de atención que los profesionales de salud vienen llevando adelante hace años, considerando sus capacidades y limitaciones, así como poner en evidencia la necesidad de institucionalizar seriamente este tipo de prácticas con miras a transformar la relación entre

el sistema de salud, los equipos y las usuarias fomentando la integralidad, la inclusión, la autonomía, el respeto, los derechos y la calidad de la atención.

## CONCLUSIONES

Para el cierre de este trabajo creemos necesario retomar los puntos de partida que han guiado el proceso. Comenzamos con un punto de partida teórico donde caracterizamos al Estado como un actor heterogéneo que analizamos desde su materialidad. Asimismo, presentamos las políticas públicas como procesos complejos que se ponen en juego en una trama de relaciones donde intervienen múltiples actores e instituciones y donde los sentidos que adoptan desde su formulación hasta su materialización son variables. Luego describimos los tres puntos que estructuran nuestro análisis: la dimensión institucional, la legal y la de programas y políticas públicas. En consecuencia, presentamos el sistema público de salud con sus niveles, efectores y programas, subrayando lo intrincado de los marcos que regulan su funcionamiento; luego el marco legal del aborto en nuestro país, y señalamos que su carácter restrictivo lejos de disminuir la cantidad de abortos, fomenta la existencia de un circuito privado, clandestino e ilegal que (re)produce prácticas inseguras; por último, abordamos en detalle los programas y políticas públicas abocadas a la salud sexual y reproductiva tanto a nivel nacional como municipal.

Desde nuestra postura, en tanto profesionales de la salud, entendemos que los abortos constituyen una cuestión de salud pública que el Estado no puede seguir ignorando y que interpelan de lleno al sistema de salud. En primer lugar, como responsable de garantizar el acceso a la información y a los distintos métodos anticonceptivos para evitar embarazos no planificados. En segundo lugar, sobre el rol que debe asumir cuando un embarazo no planificado deviene en uno no deseado y en la decisión de la mujer de interrumpir. Aún en nuestro contexto legal restrictivo, el sistema público de salud puede y debe asumir esta problemática. El abordaje desde la perspectiva de RRYD es reconocido por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable como una herramienta que “no fomenta la práctica del aborto sino que reconoce el riesgo involucrado y las consecuencias negativas que se derivan de los contextos de ilegalidad” (...). En este sentido, brinda un “margen de acción para que los equipos de salud intervengan en la prevención de abortos inseguros a partir de la oferta de información y la disponibilidad de espacios dispuestos a escuchar, contener y acompañar a las mujeres respetando sus decisiones autónomas” (PNSSyPR, 2014:54-55).

A lo largo de nuestro análisis hemos alcanzado las siguientes conclusiones:

A nivel institucional, hallamos que la fragmentación del sistema puede funcionar de manera positiva al permitir una gran autonomía para el trabajo en salud, pero también de manera negativa dado que genera sensaciones de soledad y desamparo institucional. En esta tensión entre autonomía y aislamiento es donde las consejerías emergen como estrategias de atención no hegemónicas. Este trabajo pretende ser un aporte para visibilizar las consejerías con miras a su reconocimiento formal e institucionalización como estrategia legítima del sistema público de salud para reducir los abortos inseguros y la mortalidad materna

A nivel del marco legal, lo que está en tensión es la interpretación de lo que significa salud integral y los alcances de la causal salud para la realización de abortos legales. Una lectura restrictiva de la ley fomenta la existencia del circuito clandestino y privado para la realización de abortos, donde la calidad de la atención recibida y el nivel de seguridad de la práctica dependen, principalmente, de la capacidad económica de las mujeres. Como contracara, una lectura amplia de la ley colabora a la reducción de prácticas inseguras.

Ya sea que el aborto se dé con mayores restricciones legales o que esté disponible a requerimiento, la probabilidad de que una mujer tenga un embarazo no deseado y que intente un aborto inducido es prácticamente la misma. Sin embargo, las restricciones legales, además de otras barreras, conllevan a que muchas mujeres se induzcan el aborto o se hagan un aborto con profesionales no especializados. La condición legal del aborto no produce ningún efecto sobre la necesidad de una mujer de tener un aborto, pero afecta dramáticamente su acceso a un aborto sin riesgos (OMS, 2012: 18).

Los equipos de salud que trabajan en RRYD están permanentemente repensando debatiendo la interpretación de los causales para el aborto legal, y desde la intervención cotidiana en los efectores de salud es que los alcances de la ley se ponen en tensión, se fuerzan y se definen de manera concreta.

A nivel de las políticas públicas y los programas, encontramos que los lineamientos de los niveles centrales nacionales y municipales están sujetos a los vaivenes de las circunstancias políticas, y están atravesados también por la misma lógica de fragmentación institucional a nivel del sistema que mencionábamos más arriba. No obstante, y a pesar de que las consejerías en RRYD son coherentes con los grandes lineamientos de las políticas públicas en materia de SSyR, los programas no las promueven ni las prescriben, simplemente las reconocen a nivel más o menos formal. Esta falta de claridad genera el mismo efecto que la fragmentación institucional: por un lado amplía los márgenes de acción para el trabajo en salud, pero a la vez deja que las prácticas se basen en una lógica de compromiso individual de

cada profesional aislado antes que en una lógica de derechos, salud pública y deber profesional.

Desde nuestra perspectiva, y es lo que intentamos demostrar con este trabajo, la posibilidad de que los abortos se realicen de manera segura está al alcance del sistema público de salud. En este sentido, la existencia de las consejerías no puede quedar librada a la sensibilidad particular de cada equipo o efector, sino que deben institucionalizarse y garantizarse de manera formal en todo el sistema.

## BIBLIOGRAFIA

Adissi, G. (2010) La fragmentación en las instituciones públicas: elementos para un análisis desde el habitus de los agentes estatales. *Revista Margen*, 59 (1-9). Recuperado de <http://www.margen.org/suscri/margen59/adis.pdf>

Barragan, R. y Wanderley, F. (2009) Etnografías del Estado en América Latina. Presentación del dossier. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 34 (21-25). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50911338002>

Código Penal de la Nación Argentina.

Conferencia Episcopal Argentina. Comisión Ejecutiva (23 de junio de 2015). La vida el primer derecho humano. *Oficina de Prensa*. Recuperado de <http://www.episcopado.org/portal/actualidad-cea/oficina-de-prensa/item/980-la-vida,-primer-derecho-humano-comisi%C3%B3n-ejecutiva,-23-de-junio.html>

Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012) Fall “F.A.L. s/ Medida autosatisfactoria”. Recuperado de <http://servicios.csjn.gov.ar/confal/ConsultaCompletaFallos.do?method=verDocumentos&id=13517>

Das, V. y Poole, D. (2008) El Estado y sus márgenes. Etnografías comparadas. *Cuadernos de Antropología Social*, 27 (19-52).

Lagos, M. L. y Calla, P. (2007) El Estado como mensaje de dominación. *Cuadernos de Futuro. Informe de desarrollo humano. Antropología del Estado: Dominación y prácticas contestatarias en América Latina*, 23, (13-37).

Ley Básica de Salud N°153/1999. Boletín Oficial (BOCBA) N°703, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, 28 de mayo de 1999.

Ley Salud Sexual y Procreación Responsable, N°418/2000. Boletín Oficial (BOCBA) N°989, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, 21 de julio de 2000.

Mario, S. y Pantelides, E. A. (2009) Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. *Revista Notas de Población* 87 (95-120).

Organización Mundial de la Salud (2012) Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición. Montevideo: Organización Mundial de la Salud.

Pistani, M. L. y Ceccato, M. B. (2014) Práctica voluntaria del aborto e impacto subjetivo en mujeres. Representaciones, sentidos e imaginario en escenario de clandestinidad. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 25 (363-369).

Pozzio, M. (2011) *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia.

Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (2010 y 2014) Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo. Buenos Aires: Ministerio de salud de la Nación.

Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (2015) Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (2015) Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Shore, C. (2010) La antropología y el estudio de la política pública: Reflexiones sobre la “formulación” de las políticas. *Antípoda*, 10, (12-49).