***MT 57- CASTIÑEIRA***

***“Interrupción legal del embarazo: avances y obstáculos hacia una autonomía político-subjetiva*”**

*CASTIÑEIRA, Marisol / Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires - marisol\_castineira@hotmail.com*

*Eje: Debates en torno al aborto   Tipo de trabajo: ponencia*

***Palabras claves:*** Interrupción Legal del Embarazo (ILE) - Derecho - Salud

Resumen

La intencionalidad de este trabajo es plantear el aborto como problema de Salud Pública, considerando la relación con el propio cuerpo y la sexualidad como una construcción político-subjetiva. El objetivo es explorar la normativa en Argentina, sus avances y obstáculos con relación al acceso a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), desde una perspectiva de género y ampliación de derechos. Se trata de considerar el derecho a la autonomía de la mujer de decidir sobre su propio cuerpo, entendiendo al aborto como acto político y subjetivo. De esta manera, el trabajo se enmarca, por un lado, en lo expresado en el Fallo FAL en lo que respecta a la causal violación y en los principios de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley Nº 25.673/2002), en materia de derechos sexuales y reproductivos. Por otro lado, se tendrá en cuenta lo que plantea el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (Protocolo ILE), del Ministerio de Salud de la Nación, con su consecuente desarrollo sobre el concepto de Salud Integral.

A su vez, resulta relevante la conformación de equipos interdisciplinarios para una atención conjunta ante quienes soliciten el derecho a una ILE. En este sentido, la autonomía de las mujeres y su consideración como sujetos de derecho es central en esta perspectiva, de modo que el aborto involucra el cuerpo y la definición del proyecto de vida de las mujeres.

Por último, se considerarán algunas modificaciones relevantes del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, especialmente con respecto al principio de *autonomía progresiva* para Niñas y Adolescentes.

Se hace necesario, por lo tanto, avanzar en un cambio de enfoque de atención del sistema de salud que pase de un paradigma paternalista a otro basado en la atención de la salud como un derecho de ciudadanía, con una mirada crítica hacia el modelo médico hegemónico. Se trata de pensar la construcción de la subjetividad a partir de la posibilidad de una integración progresiva de los enfoques de género en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva.

*La lucha por el derecho al aborto es una lucha por la libertad de las mujeres y no en contra de la maternidad. Es la apertura hacia nuevas formas de realizarla, pensarla y representarla, que no estén sujetadas a un imperativo heterónomo. Formas en las cuales se imprimen los rasgos específicos del sujeto femenino en una etapa histórica que lo sitúe en vías de superar su exclusión, protagonizando la construcción de una ciudadanía generizada para toda la humanidad.*

Martha Rosenberg.[[1]](#footnote-2)

Presentación

La ponencia se enmarca dentro del campo de *Género y Salud* con el objetivo de plantear el aborto como problema de Salud Pública, la relación con el propio cuerpo y la sexualidad como construcción política. Para ello, se tendrán en cuenta los progresos y cambios vinculados a las normativas vigentes en el país, entendiendo al aborto como acto político-subjetivo.

A su vez, resulta necesario hacer referencia y analizar la interpretación del concepto de *salud integral*, los obstáculos en el sistema de Salud y las modificaciones más relevantes del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación con respecto a dicha temática.

Por lo tanto, la importancia de este tema en el campo de la psicología tiene que ver con su relación con problemáticas y situaciones actuales que atraviesan la subjetividad de las mujeres, de modo que el aborto es una práctica muchas veces presentada como una opción socialmente condenable o estigmatizada.

Desarrollo

El Aborto como *acto político-subjetivo*. Construcción de una *autonomía político-subjetiva.*

Abortar es un acto político de modo que la política pasa por los cuerpos de las mujeres que deciden abortar; es decir, hay un cuerpo que quiere abortar más allá de la *criminalización* establecida en la *ley heteropatriarcal*, que sostiene la violencia machista del patriarcado como sistema de dominación y opresión hacia las mujeres reproducido por el Estado, la Iglesia y por los discursos médicos. Por lo tanto, hay una intrínseca relación entre políticas públicas y producción de subjetividad, ya que las dimensiones subjetivas que dichas prácticas configuran en mujeres que construyen su subjetividad en sociedades donde es ilegal practicarlo lleva a que esta práctica, en mejores o peores condiciones según la inserción de clase social y/o edad, se realice en condiciones de clandestinidad. Es una clandestinidad que actúa como base sobre la cual se construyen las significaciones imaginarias en cada mujer que aborta (Fernández, Tajer, 2006).

Cuando una mujer decide abortar se pone en cuestionamiento, de alguna manera, el *mito mujer-madre* a partir del que se instituye a la maternidad como la función de la mujer y principal característica de su femineidad y por el que ésta alcanza su realización y adultez (Fernández, 1993). Se trata, por el contrario, de pensar en la maternidad como opción y en la capacidad de decidir en relación con el propio cuerpo. En el caso de la maternidad, la autonomía se define como la *posibilidad de elegir cómo, cuándo y con quién tener un hijo* (Fernández, Tajer, 2006).

La *autonomía de género* tiene que ver con el grado de libertad que una mujer tiene para actuar de acuerdo a su elección y no a la de los otros. Se trata de controlar las propias condiciones de existencia, lo que implica la capacidad de instituir proyectos propios, la voluntad para lograrlos, dando lugar a la *construcción de autonomía político-subjetiva* para que las mujeres puedan ejercer sus vidas como *"sujetos de derecho capaces de discernir sus anhelos, sus intereses y de elegir las mejores acciones para concretar dichas elecciones"* (Fernández, 2009: 69). De esta manera, las mujeres ejercen su autonomía al decidir sobre su propio cuerpo dando cuenta de un *modo de subjetivación innovador* (Tajer, 2009), cuestionándose así los mandatos establecidos en relación a la construcción de la subjetividad a partir de dicha elección. En realidad, se trata de la sexualidad de las mujeres, del control de sus cuerpos, de su autonomía, de su reclamo de ser consideradas como sujetos sociales y, en definitiva, de la manera en que ejercen su ciudadanía (Chiarotti, 2006). Se trata de una libre gestión de la propia sexualidad, de una autodeterminación sexual y reproductiva.

A ciencia cierta, somos *“cuerpos marcados por la historia y nuestras experiencias subjetivas quedan determinadas por las prácticas sociales”* (Bellucci, 2014: 172). En este sentido, abortar implica un *acto subjetivo*, de modo que el aborto exige pensamiento, decisión, elección. Se trata de ser *sujeto de derechos*, entendiendo el modo particular en que la sexualidad y la reproducción afecta a las mujeres.

En relación con la concepción de salud integral, el “bienestar” hace ineludible la subjetividad. No puede ser otra persona quien testimonie tal bienestar, sino que *“la salud requiere del reporte en primera persona, en este caso en particular requiere tomar en serio la palabra de las mujeres”* (Maffia, 2006: 152). El embarazo humano es una experiencia *sui generis*. Supone reciprocidad, recreación de deseos, y no apenas la satisfacción de necesidades sociales o biológicas (Rosado-Nunes, 2006). De esta manera, se puede decir que la maternidad es plenamente humana cuando es el resultado de una elección ética y no de una imposición genética. Es decir, se trata de deconstruir la noción de la maternidad como *“un designio natural femenino”* (Bellucci, 2014: 173). El reconocimiento de la humanidad de las mujeres significa atribuirles a ellas el control sobre su capacidad biológica de generar un nuevo ser.

Aborto No Punible e Interrupción Legal del Embarazo

En la normativa del aborto en Argentina se pueden establecer tres momentos históricos de institucionalización:

1. Año 1921: Código Penal de la Nación Argentina
2. Año 2012: Fallo F. A. L.
3. Año 2015: Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo

En la Argentina, el Código Penal de la Nación (1921) es la norma que regula el aborto, y si bien el artículo 85 expresa su penalización; al mismo tiempo  el artículo siguiente, artículo 86, establece permisos o excepciones para su no punibilidad; es decir, genera las causales por las cuales el aborto sería no punible y legal. Según este articulo 86, el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer embarazada no es punible si, por un lado, se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida (causal vida de la mujer) o la salud de la mujer (causal salud de la mujer)  y, por el otro lado, si el embarazo proviene de una violación cometida sobre una mujer idiota o demente (causal violación) (REDAAS, 2015).

Para el análisis, resulta necesario diferenciar el uso de los términos *despenalizar* y *legalizar*. Estos términos no son indistintos, por lo que se deben especificar las consecuencias diferenciales de una u otra acción. *Despenalizar* implica eliminar del Código Penal la figura que criminaliza el aborto para garantizar a las mujeres una plena autonomía reproductiva, mientras que *legalizar* da al Estado la responsabilidad de garantizar el derecho al aborto legal, seguro y gratuito. Por lo tanto, el aborto debe ser considerado como un problema social y de salud pública que merece políticas de Estado para garantizar el ejercicio al derecho del aborto no punible a toda mujer o persona con capacidad de gestar que lo solicite (Petracci, Mattioli, Straw, 2011).

Por otro lado, en el año 2002, la aprobación de la *Ley Nacional 25673/02 de Salud Sexual y Procreación Responsable* habilita brindar información y tratamientos anticonceptivos a adolescentes y a todas las mujeres y varones que lo requieran. Además, facilita que el debate acerca de la penalización/despenalización del aborto se centre, de manera definitiva, en el ámbito de la salud pública y de los derechos sexuales y reproductivos (Cuberli, Lois, Palopoli, 2011).

El 13 de marzo de 2012, a partir de la sentencia de un caso paradigmático (F. A. L.), hubo un punto de inflexión en relación a las discusiones a las que se limitaban los tribunales respecto del aborto y fue muy clara en la necesidad de que no existan barreras para el acceso a las prácticas de *abortos no punibles*. La relevancia del fallo FAL consiste en que la Corte Suprema  de Justicia de la Nación (CSJN) precisó que el aborto es no punible en caso de violaciones cometidas sobre cualquier mujer; y además indicó que no es necesario presentar denuncia policial o recurrir a la justicia para su realización (Gebruers, Gherardi, 2015).

Además, es interesante rescatar que la Argentina en todo su territorio cuenta con una única ley de Aborto no punible y rige en la provincia de Chubut (Ley XV Nro. 14, 2010), la provincia del fallo FAL. En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, el 27 de septiembre de 2012 fue sancionada la Ley de Abortos No Punibles N°4318 la cual hacía referencia al procedimiento para la atención integral de los abortos no punibles. Pero, la misma fue vetada al mes siguiente, el 22 de octubre de 2012, según el decreto Nº 504/012.

En 2015, el Ministerio de Salud de la Nación publicó el *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (ILE)*. Éste  retoma lo planteado en el Código Penal de la Argentina, al considerar que toda mujer tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo cuando el mismo representa un peligro para la vida o salud de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios, y cuando el embarazo proviene de una violación (MSAL, 2015). Pero, lo novedoso es que este protocolo estandariza buenas prácticas para el acceso a ILE de las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluyéndose de esta manera a las personas *trans*, de modo que, por ejemplo, un hombre trans puede tener posibilidad de gestar. A su vez, plantea el concepto de *salud integral* como fundamento para el acceso a este derecho. De esta manera, para aplicar la *causal salud* se requiere constatar la presencia de riesgo de afectación de cualquiera de las dimensiones (bio-psico-social). Es importante considerar que estas dimensiones de la salud no operan de manera aislada, sino que se potencian mutuamente. Esta idea de salud integral ya ha sido expresada por la OMS en 1948 al entender a la misma como “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades” (OMS, 1948). A su vez, la afectación de la salud mental puede resultar en un trastorno mental grave o una discapacidad absoluta, pero incluye también el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima (MSAL, 2015). Por otro lado, los determinantes sociales de la salud son todas aquellas condiciones sociales en que la vida tiene lugar, por lo que la salud es un fenómeno social complejo que involucra diversos factores (situación de vulnerabilidad social, cantidad de hijos, nivel socio-económico, etc.) (Ramos, Romero, 2015).

Tales atribuciones deberían ser consideradas por los equipos de salud al momento de definir y evaluar el riesgo al que se expone una mujer que solicita una interrupción del embarazo, ya que no debe reducirse a los riesgos y/o daños físicos, como suele ocurrir en otras problemáticas a las que se enfrentan los equipos de salud.

Equipos de Salud y Objeción de Conciencia. Obstáculos en el sistema de Salud.

Hasta aquí se mencionaron los avances normativos en relación al acceso a la salud en casos de abortos legales. Pero, existen varios obstáculos en el sistema de salud para el efectivo ejercicio del derecho al aborto en las causales permitidas que funcionan como *barreras institucionales*, de modo que postergan o impiden la realización de la interrupción legal de un embarazo, poniendo en riesgo la salud de las mujeres.

Las barreras en los efectores de salud comienzan con la falta de sensibilización con respecto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, por parte de los propios profesionales. Por un lado, requerir la *intervención de un juez* es interponer una barrera que dificulta arbitrariamente el acceso a la salud y, además, implica no cumplir con el deber de secreto profesional. Tanto el sistema de salud cuando la solicita como el juez que responde la solicitud están violando el derecho a la salud por parte de las mujeres (Maffia, 2006).

Por su parte, la *Objeción de Conciencia*, consiste en que los médicos/as pueden negarse a realizar la práctica del aborto por cuestiones religiosas o morales, pero esto no implica no brindar información y asesoramiento, pues este es un derecho del paciente ante cualquier consulta de salud (MSAL, 2015). Los profesionales objetores, aunque hayan notificado previamente su voluntad, están obligados a cumplir con el deber de informar de la usuaria y luego remitirla inmediatamente a un profesional no objetor para que continúe la atención y realice la práctica del aborto. Si la objeción no se ejerce con estas condiciones lo que ocurre es que el uso de la misma funciona como un obstáculo que genera problemas para los usuarias. La objeción de los efectores de salud vulnera derechos básicos de los pacientes, profundizando la exclusión de las mujeres, en especial de aquellas con menos recursos, del goce pleno de sus derechos sexuales y reproductivos (Alegre, 2009). Por lo tanto, se debe dejar de lado el posicionamiento ético-moral con respecto al aborto, ya que se trata de un problema de salud pública, por lo que no debería haber objetores de conciencia. En su defecto, el Estado, a partir de un registro de objetores de conciencia, debe garantizar que haya profesionales en los efectores de salud que sí asuman el ejercicio de esta práctica de salud. Por lo tanto, se considera que la existencia de la objeción de conciencia como derecho funciona como obstáculo para la desestigmatización del aborto como práctica de salud.

En cuanto al *rol de la/el psicóloga/o*, se debe tener en cuenta que las personas que tienen un embarazo no deseado o no planificado pueden atravesar momentos difíciles, en cuanto su salud emocional y social, que requieren una atención integral y de calidad. La consejería es precisamente un espacio de información que tiene el objetivo de que la persona pueda tomar decisiones autónomas. En la situación de las mujeres que tienen derecho a acceder a la ILE, la consejería consiste en el asesoramiento sobre todas las alternativas posibles en relación a la interrupción del embarazo, y en los casos en que los hubiera, los probables riesgos para la salud relacionados con dichas opciones (MSAL, 2015).

En definitiva, el principal desafío reside en construir un vínculo con las mujeres en un ámbito de empatía y contención emocional, de respeto hacia la situación particular de cada una y  la decisión que tome , que garantice su confidencialidad e intimidad en la atención.

Reforma del Código Civil y Comercial de la Nación. Autonomía Progresiva de Niñas y Adolescentes.

En relación con los aportes del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, podría decirse que sus conquistas están dirigidas a la mujer en tanto madre. En este sentido, hay que tener en cuenta lo que se considera con respecto al momento en que comienza la vida y cómo esto implica una limitación con respecto al derecho al aborto.

El artículo 19 del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación señala: *"el comienzo de la existencia de la persona humana acontece desde la concepción"* (Artículo 19, Código Civil y Comercial de la Nación, 2015). Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (IDH) admite que en el marco científico actual, hay dos lecturas bien diferentes del término “concepción”: una corriente entiende por “concepción” el momento de encuentro o fecundación del óvulo por el espermatozoide; y la otra entiende por “concepción” el momento de implantación del óvulo fecundado en el útero; inclinándose el tribunal por esta última, que es la misma que sigue el articulado en análisis.

Por otro lado, resulta interesante lo que plantea el nuevo Código Civil y Comercial con respecto a la figura de la “responsabilidad parental”, que se edifica sobre la base de los siguientes ejes señalados en el artículo 639: *“a) el interés superior del niño; b) la autonomía progresiva del hijo conforme a sus características psicofísicas, aptitudes y desarrollo. A mayor autonomía, disminuye la representación de los progenitores en el ejercicio de los derechos de los hijos; c) el derecho del niño a ser oído y a que su opinión sea tenida en cuenta según su edad y grado de madurez”* (Artículo 639, Código Civil y Comercial de la Nación, 2015).

El entrecruzamiento con el artículo 26 del mismo Código se ve en lo que respecta al derecho a decidir sobre  el propio cuerpo. La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne así como a participar en las decisiones sobre su persona. Se presume que el adolescente entre 13 y 16 años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo (Artículo 26, Código Civil y Comercial de la Nación, 2015).

Por otro lado, en el Protoloco ILE (2015) se plantea que en el caso de las niñas y adolescentes menores de catorce años, se deberá respetar su derecho a ser escuchadas y a que su opinión sea tenida en cuenta. Esto se basa en el principio de la *autonomía progresiva* y el grado de desarrollo de cada niña o adolescente en situación de requerir la realización de una ILE. Sus representantes legales, o los que sean nombrados especialmente para el caso, deberán participar en conjunto con la niña o adolescente en la toma de decisiones, y deberán firmar el consentimiento informado y la declaración jurada de la violación cuando corresponda (MSAL, 2015).

A su vez, se considera que las niñas y adolescentes constituyen un grupo particularmente vulnerable a situaciones de abuso y violaciones sexuales. Por esto, es muy importante, durante los procesos de atención, generar un ambiente de empatía en el cual las niñas y adolescentes puedan expresar sus necesidades, temores y vergüenzas sin ser juzgadas ni acalladas. En función de esto *"todas las personas de 14 años o más son consideradas por la legislación argentina como plenamente capaces de discernimiento"* (MSAL, 2015: 19). Por ello, pueden otorgar por sí mismas su consentimiento informado y realizar personalmente la declaración jurada requerida para la interrupción de un embarazo producto de una violación, sin que se requiera la autorización de sus padres o representantes legales. Sin perjuicio de lo anterior, se recomienda fomentar que las adolescentes cuenten con la compañía y el apoyo de una persona de su confianza durante el proceso. Igualmente que con las mujeres adultas, es esencial que los equipos de salud garanticen claramente la confidencialidad, asegurándoles a las adolescentes que no compartirán la información de la consulta con nadie. Este criterio debe aplicarse teniendo en cuenta el principio del respeto del interés superior del niño, establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (Ley 23.849/1990).

Conclusión

A modo de cierre, se puede decir que resulta relevante la conformación de equipos interdisciplinarios (médicas/os, psicólogas/os, trabajadoras/es sociales) para una atención conjunta ante una mujer o persona con capacidad de gestar que solicita el derecho de ILE.  Para ello, resulta imprescindible la capacitación y sensibilización de los profesionales de la salud sobre la normativa existente, el código penal y sus causales de permiso, el fallo FAL y el Protocolo de ILE de Nación con su consecuente desarrollo sobre el concepto de salud integral.

El *rol del psicólogo/a* también puede ser muy importante ante la descriminilización del aborto; por ejemplo, a través de la generación de espacios de promoción de la Salud Sexual y (no) Reproductiva dentro del contexto institucional de un efector de salud y/o en el ámbito comunitario, tales como realizar talleres participativos en distintos ámbitos. A su vez, es fundamental potenciar la participación femenina en la toma de decisiones para garantizar la vida, seguridad, autonomía y capacidad de decisión de las mujeres, ya que a través de la lucha del movimiento de mujeres se funda la base desde donde generar avances para sacar el aborto de la clandestinidad.

Es importante, además, fomentar la presencia de la temática del aborto en la currícula universitaria, especialmente en cuanto a su abordaje en disciplinas relacionadas con la salud y el derecho. Es decir, se debe pensar desde una perspectiva de salud pública, género y derechos. La autonomía de las mujeres y su consideración como sujetos de derecho es central en esta perspectiva. El aborto involucra el cuerpo y la definición del proyecto de vida de las mujeres. Por lo tanto, se trata de poner de manifiesto la necesidad de fortalecer las políticas públicas de salud  y enfatizar la responsabilidad de los profesionales de salud, promoviendo el acceso de las mujeres y personas con capacidad de gestar al derecho a la ILE.

Referencias bibliográficas

* Alegre, M; (2009): Objeción de conciencia y salud sexual y reproductiva. Endespenalizacion.org.ar por la despenalización del aborto: N° 10 / Junio 2009. Disponible en: <http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Hojas_Informativas/10_Alegre.pdf>.
* Bellucci, M; (2014): "Sucesos argentinos”. En *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo*. Capital Intelectual, Buenos Aires.
* González Vélez, A. C; (2008): Dimensiones del derecho a la salud. “Causal Salud, Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos” (1° Ed.). La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, pp. 38-51. Disponible en http://bit.ly/1iwMoJa
* Chiarotti, S; (2006): "El Aborto en el marco de los derechos humanos. La situación en Argentina". En *Entre el Derecho y la Necesidad: Realidades y Coyunturas del Aborto*. Checa S. (comp.). Paidós, Bs.As.
* Cuberli, M.; Lois, M; Palopoli, A; (2011): "Cruces y tensiones discursivas en salud sexual y reproductiva: test de VIH, anticoncepción de emergencia, aborto y fertilización asistida". En *Derechos Sexuales y Reproductivos. Teoría, política y espacio público.* Petracci, M. Brown, J. L. y Straw, C. (Colaboradoras). Teseo, Bs.As.
* Gherardi, N; Gebruers, C; (2015): El aborto legal en Argentina: la justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso “F.A.L.”. *Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS)*. Argentina. Disponible en: <http://www.redaas.org.ar/>
* Fernández, A. M; (1993): ”Madres en más, mujeres en menos: los mitos sociales de la maternidad” En La Mujer de la Ilusión. Paidós, Bs. As.
* Fernández, A. M; Tajer, D; (2006): "Los Abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres". En *Entre el Derecho y la Necesidad: Realidades y Conyunturas del Aborto*. Checa, S. (comp.). Paidós, Bs.As.
* Fernández, A. M; (2009): “Violencias, desigualaciones y géneros”. En *Las lógicas sexuales: Amor, política y violencias*. Nueva Visión, Bs.As.
* Maffia, D; (2006): "Aborto no punible: ¿Qué dice la ley argentina?. En *Entre el Derecho y la Necesidad: Realidades y Conyunturas del Aborto*. Checa, S. (comp.). Paidós, Bs.As.
* Menéndez, E. L; (1988): Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. Pág. 451- 464.
* Ministerio de Salud de la Nación (MSAL, 2015): Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo %20ILE%20Web.pdf
* Organización Mundial de la Salud (1948): Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46\_p2.pdf
* Organización Mundial de la Salud (2005): Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/social_determinants/es/>
* Petracci, M.; Mattioli, M.; Straw, C; (2011): "Derechos Sexuales y Reproductivos en la agenda de las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires". En *Derechos Sexuales y Reproductivos. Teoría, política y espacio público.* Petracci, M. Brown, J. L. y Straw, C. (Colaboradoras). Teseo, Bs.As.
* Ramos, S. & Romero, M; (2015): Aborto, causal salud y experiencias de las mujeres. Programa de Género y Derecho. Consejo de la Magistratura. CEDES. Buenos Aires.
* REDAAS (2015): Manual de Capacitación para implementar el aborto por causal violación en la Argentina. *Red de Acceso al Aborto Seguro*. Argentina.
* Rosado-Nunes, M. J; (2006): "Pensando éticamente sobre concepción, anticoncepción y aborto". En *Entre el Derecho y la Necesidad: Realidades y Conyunturas del Aborto*. Checa, S. (comp.). Paidós, Bs.As.
* Tajer, D; (2009): “Modos de subjetivación: modos de vivir, de enfermar y de morir”. En *Heridos Corazones. Vulnerabilidad Coronaria en Varones y Mujeres*. Paidos, 2009, cap.2.

Legislaciones y Resoluciones

* Código Civil y Comercial de la Nación, 2015. Artículos: 19, 26, 32, 59, 639. Disponible en: [http://www.codigocivilonline.com.ar/](http://www.codigocivilonline.com.ar/articulo-19/)
* Código Penal de la Nación Argentina. Artículo 86. (1921).
* Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012): Caso “F.A.L. S./ MEDIDA AUTOSATISFACTIVA”, expediente 259/2010, tomo 46, letra F, sentencia del 13/3/2012. Disponible en http://www.csjn.gov.ar/expcon/documentos/cfal3/ver fallos.jsp
* Convención sobre los Derechos del Niño. Ley N° 23.849/1990.
* Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25.673/2002.
* Ley de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25.673/2003.
* Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010. Decreto 603/13.
* Ley XV Nº 14. La legislatura de la provincia del Chubut (2010).
* Ley de Abortos No Punibles N°4318 (2012). Decreto Nº 504/012.
1. Martha Rosenberg. Psicoanalista argentina. Fragmento extraído de "Aborto, sexualidad, subjetividad", publicado en Mora, Revista del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Filosofía y Letras, UBA, N° 8, diciembre 2002. [↑](#footnote-ref-2)