



XVII CONGRESO NACIONAL y VII LATINOAMERICANO DE SOCIOLOGÍA JURÍDICA

Tucumán, Argentina – 5, 6 y 7 de octubre de 2016

CONSEJERÍAS PRE Y POST ABORTO EN ARGENTINA: DE LA PRÁCTICA NO REGLADA A LA POLÍTICA PÚBLICA DIFUSA

Mg. Sandra Salomé Fernández Vázquez. UNDAV/IIGG-UBA/CONICET.
sandrasalo.fernandez@gmail.com

Comisión 9: Género y Sexualidades: desafíos sociales y jurídicos

Introducción

En Argentina, el aborto está tipificado en el Código Penal de 1921 como un delito contra la vida y la persona y se prevén penas de prisión para quien efectúe la práctica, así como para la mujer que se realice o consienta un aborto (art. 85, 87 y 88 del Código Penal Argentino). Este texto jurídico incluye dos excepciones en las que sí se permite el aborto, a saber: 1) “si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre [...] y 2) “si el embarazo proviene de una violación”. A pesar del contexto legal restrictivo, algunos profesionales del sistema público de salud y organizaciones sociales brindan información sobre cómo realizarse un aborto sin riesgos para la salud y la vida de las mujeres. Esta estrategia, que es conocida como consejerías pre y post aborto, es posible a partir del conocimiento del uso abortivo del misoprostol y de la disponibilidad del fármaco en Argentina.

En este trabajo, analizaremos cómo las consejerías pre y post aborto en el sistema público de salud, en sus comienzos, una “práctica no reglada” (Crojethovic, 2010a) que realizaban algunos profesionales de la salud de forma aislada, están dando lugar a *políticas difusas*,

políticas imprecisas, que no han sido planificadas y que se caracterizan por un nivel reducido de institucionalización. Estas políticas se encuentran en el centro de las tensiones entre ‘lo oficial’, la legalidad restrictiva del aborto, y ‘lo oficioso’, la ubicuidad de la práctica a pesar del contexto legal (Pecheny, 2006).

Esta ponencia se divide en tres partes: en la primera parte, analizo algunos elementos del contexto legal del aborto en Argentina; en la segunda, identifico que el contexto legal, restrictivo *de jure* y habilitante *de facto*, permite la introducción de normas y prácticas informales; y en la tercera, describo el concepto de políticas difusas, propuesta conceptual para analizar las consejerías pre y post aborto.

Apartado metodológico

Esta ponencia es fruto de mi investigación de doctorado. A partir de un diseño de investigación cualitativo, describo y analizo la implementación de las consejerías pre y post aborto en el sistema público de salud en un contexto legal restrictivo como lo es el argentino. Las técnicas de recolección de datos empleadas son: 1) análisis de documentos (leyes, decretos, ordenanzas, guías médicas del Ministerio de Salud de la Nación y otros documentos institucionales, así como artículos de prensa); 2) observación de los espacios en los que se implementan las consejerías pre y post aborto; 3) entrevistas en profundidad a profesionales de la salud que implementan las consejerías en el Área Metropolitana de Buenos Aires. En esta ponencia me centro en el análisis del contexto legal que permita la implementación de las consejerías pre y post aborto.

El aborto en Argentina: entre lo oficial y lo oficioso

El Código Penal Argentino de 1921 tipifica el aborto como un delito contra la vida y la persona. Ese mismo texto jurídico prevé penas de prisión para quien efectúe la práctica, así como para la mujer que se realice o consienta un aborto (art. 85, 87 y 88 del Código Penal Argentino). Sin embargo, el Código Penal también incluye dos excepciones no penalizadas, en las que el aborto está permitido: 1) “si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre [...] y 2) “si el embarazo proviene de una violación” (art. 86, Código Penal Argentino).

Las excepciones contempladas en los incisos del artículo 86 del Código Penal Argentino, si bien datan de 1921, fueron interpretadas de un modo no restrictivo, casi un siglo después, con el fallo F., A. L. de la Corte Suprema (2012). Como señala Bergallo, la prohibición total del aborto se institucionalizó como una norma informal que estuvo vigente durante todo el Siglo XX (Bergallo, 2014), y fue necesario el pronunciamiento de la Corte Suprema para que cesase esa prohibición total. La Corte Suprema, a través del mencionado fallo, puso fin a las discusiones existentes sobre cómo interpretar las excepciones incluidas en el Código Penal. En este fallo, la Corte sentencia que el aborto es legal en Argentina cuando exista riesgo para la salud o la vida de la mujer gestante y en todos los casos de violación (Gebruers y Gherardi, 2015). Asimismo, la Corte prohíbe la judicialización de los casos de aborto no punible (ANP) y la obstaculización por parte de los servicios de salud, e insta a las provincias a dictar protocolos para garantizar el acceso a los abortos legales (CSJN, 2012).

Mientras el fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación amplió la interpretación del inciso 2 del artículo 86 del Código Penal, aquél que permite la práctica en caso de violación, el *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo* (Ministerio de Salud de la Nación, 2015) hizo lo mismo con el inciso 1, el referente a la causal salud. Este protocolo retoma la definición de salud integral de la OMS, a saber: “el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones”. Si bien este Protocolo no crea jurisprudencia, como el fallo

de la Corte Suprema, ni tiene rango de ley, sienta un precedente y legitima las prácticas de los/las profesionales de la salud que garantizan el acceso a los abortos legales.

La penalización legal del aborto se conjuga en Argentina con una fuerte penalización social, que supone la estigmatización de las mujeres que abortan, por subvertir el mandato de maternidad, y también la estigmatización de los profesionales que practican abortos (Szulik y Zamberlin, 2015). Este estigma que recae sobre las mujeres y los profesionales de la salud también supone que el aborto esté alienado del espacio público, que su práctica termine aconteciendo en los márgenes y sin que el Estado contabilice cuántos abortos se realizan anualmente en Argentina y en qué condiciones.

Este contexto legal, restrictivo *de jure* y habilitante *de facto*, será el medio que encuentren algunos/as profesionales de la salud para implementar las consejerías pre y post aborto, que comienzan en muchos servicios de salud pública como prácticas no regladas con un bajo nivel de institucionalización. A pesar de la informalidad de sus inicios, las consejerías han ido adquiriendo visibilidad, legitimidad e institucionalidad, y si bien en la mayoría de los casos las consejerías empiezan por iniciativa de los/las profesionales, y no como una política pública, ha permitido resquebrajar el ocultamiento de la práctica del aborto por parte del Estado.

El modelo de consejerías: de la informalidad a la institucionalización

Las consejerías pre y post aborto comienzan a implementarse en Argentina de un modo institucionalizado en el sistema público de salud como una réplica de la estrategia uruguaya de reducción de riesgos y daños en casos de embarazos no planificados (Briozzo, 2002). Esta estrategia, posible gracias a la existencia de una tecnología farmacológica, como lo es el misoprostol¹, pone el acento en reducir las consecuencias de los abortos inseguros (Erdman,

¹ En Argentina, el misoprostol se comercializa bajo la marca comercial Oxaprost® del laboratorio Beta, cuya acción terapéutica es el tratamiento de la artritis reumatoidea. La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (en adelante, ANMAT), en la actualidad, permite la distribución de Oxaprost® en una presentación, a saber: la caja de 16 comprimidos, cuyo valor a la fecha asciende a 1606,29 pesos argentinos, según la ANMAT (fecha de consulta: 04/09/2016). Es habitual que en las farmacias no vendan este

2012). Las consejerías pre y post aborto son espacios de escucha y acompañamiento en los que se brinda información sobre cómo realizarse un aborto sin riesgos para la salud y la vida de las mujeres. Esta estrategia es posible a partir del conocimiento del uso abortivo del misoprostol y de la disponibilidad del fármaco en Argentina.

La introducción de las consejerías como “iniciativa no reglada” (Crojethovic, 2010a) se produce en dos ámbitos marcados por la informalidad de normas y prácticas: por un lado, en el ámbito de la salud, dónde es tradicional que los profesionales de la salud gocen de un amplio nivel de autonomía y que, como han mostrado los trabajos de María Crojethovic (2010), lleven a cabo prácticas no responden a las normas de la estructura formal en la que están insertos; por otro lado, como hemos visto en el apartado anterior, la ambigüedad de la legislación con respecto al aborto, así como el fallo de la Corte Suprema y los documentos ministeriales, dan cuenta de un contexto legal restrictivo pero que, al mismo tiempo, habilita prácticas que permiten el acceso al aborto.

Crojethovic analiza las prácticas informales en el seno de instituciones de salud. En la línea de algunos autores de la teoría organizacional, considera que estas prácticas informales permiten resolver situaciones que la estructura formal de una organización, más rígida, no puede. La autora señala que los trabajadores de las instituciones estudiadas, llevan a cabo “iniciativas no regladas” que, si bien son prácticas informales, son coherentes con los objetivos de la institución. Asimismo, señala que son estas iniciativas no regladas las que tienen mayor potencialidad para favorecer el cambio organizacional (Crojethovic, 2010a). Las consejerías pre y post aborto son implementadas a partir de la iniciativa de los profesionales de la salud que las desarrollan, sin que exista una planificación o regulación nacional que los obligue a desarrollar esta estrategia. Los profesionales, en el ejercicio de sus funciones, son quienes han identificado el problema social que da origen a la iniciativa, a saber: la práctica del aborto en condiciones de riesgo y la alta tasa de morbilidad materna asociada a esta práctica.

medicamento sin receta médica e inclusive, aunque no hay regulación al respecto que lo justifique, soliciten la receta por duplicado, lo que se conoce como receta archivada.

Bergallo, citando a Helmecke y Levitsky, señala que las instituciones informales pueden surgir: 1) debido al carácter incompleto de las normas formales que no pueden atender todas las contingencias posibles; 2) cuando hay baja capacidad de exigibilidad de las normas formales; 3) cuando algunos actores presionen para crear normas informales al no poder modificar la norma formal; 4) o cuando los actores pueden establecer normas informales para perseguir objetivos que serían públicamente inadmisibles (citado en Bergallo, 2014)². Si bien Bergallo analiza cómo estos criterios encajan con la institucionalización de la prohibición total del aborto como norma informal (hasta el fallo de 2012 de la CSJN), las consejerías pre y post aborto también encajan en este esquema.

Como hemos visto, las normas formales que definen los abortos legales son ambiguas, y aunque el fallo F.,A.L. ha reducido esta ambigüedad en lo que respecta a la causal violación, el acceso a los abortos legales por la causal salud varía según la interpretación del profesional de la salud que lo determine, ya que además el *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo* no tiene rango de ley, sino que se trata de recomendaciones para los/las profesionales de la salud. En este sentido, el nivel de codificación, es decir, el conjunto de procedimientos que limitan las interpretaciones válidas de los enunciados institucionales y que suponen que todas las personas le atribuyamos el mismo significado a esos enunciados (Leiras, 2004), es reducido. La ambigüedad y el carácter incompleto de las normas formales que definen los abortos legales también reducen el nivel de exigibilidad de esa norma formal. En este contexto, los/las profesionales de la salud que implementan las consejerías pre y post aborto, desarrollan éstas dada la imposibilidad de modificar la norma formal que sigue incluyendo al aborto como un tipo penal.

Las consejerías pre y post aborto, si bien están en un limbo entre la norma formal y lo que ésta habilita, se sustentan sobre los principios que rigen las relaciones entre profesionales y pacientes, contenidos en la Ley Nacional 26.529, en particular, en el deber de

² Helmke, G. y Levitsky, S. (2004):“Informal Institutions and Comparative Politics”, en *Perspectives in Politics*, 2, pp.725-740, citado en Bergallo (2014).

confidencialidad de los/las profesionales de la salud, en el principio de autonomía de los/las pacientes y el derecho de éstos a recibir información confiable con respecto a su salud. Éste es el marco legal en el que los/las profesionales de la salud encuadran la implementación de las consejerías pre y post aborto, dado que no existe legislación nacional que regule estas prácticas. Sólo en la Provincia de Buenos Aires se ha aprobado una ley que insta a los servicios de salud a crear consejerías pre y post aborto en esta provincia. Esta ley modifica la ley de creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ley 13.066, sancionada en 2003. Este es el único texto jurídico que define las consejerías pre y post aborto:

“[...] se entiende por Consejería al dispositivo de salud encargado de brindar un espacio de escucha, contención y asesoramiento a la mujer en situación de embarazo no planificado, basado en información legal, públicamente accesible y científicamente respaldada, orientada a la prevención de riesgos y daños por la práctica de abortos inseguros y al cuidado de la salud integral de la mujer.” (Ley 14738, de la Provincia de Buenos Aires, 2015).

Si bien esta ley le da un marco legal y legitimidad a los profesionales de la salud que implementan las consejerías pre y post aborto, enunciando los principios rectores de esta política, no define cómo debe desarrollarse la práctica, ni de qué modo las mujeres podrían acceder a la medicación que permite abortar. De hecho, en el texto de la ley no se especifica qué información se brinda, ni se mencionan las palabras ‘misoprostol’ o ‘aborto medicamentoso’.

Políticas difusas: una propuesta conceptual

La introducción de las consejerías pre y post aborto no se ha dado a partir de lo que en la literatura del enfoque de políticas públicas se identifica como la formulación de soluciones ante la identificación de un problema público. Es decir, esta política pública no cumple con lo que algunos autores han denominado “ciclo de la política” (Mény y Thoenig, 1992:106). Mény y Thoenig señalan que este ciclo de la política pública cuenta con cinco fases, a saber:

1) la identificación de un problema; 2) la formulación de soluciones (elaboración y evaluación de diferentes propuestas); 3) la toma de decisiones (elección de una de las propuestas y legitimación de esta política); 4) la implementación (ejecución de la política y producción de efectos); 5) evaluación (identificación del impacto de la política y si ésta ha logrado los objetivos previamente marcado en la formulación) (Mény y Thoenig, 1992). Se trata de una herramienta analítica, no un esquema rígido y formal que deba verificarse exhaustivamente en la realidad, es decir, no debemos aspirar a verificar empíricamente si todas estas fases están presentes en el proceso de una política pública. Sin embargo, la ausencia de alguna de estas fases, sobre todo las iniciales, así como la indefinición y la vaguedad con la que una política pública sea implementada puede afectar a los mecanismos de legitimación pública de la misma y a su nivel de institucionalización, condiciones necesarias para que una política no sea vulnerable a un cambio en el poder ejecutivo que la favoreció.

Székely señala que un mayor nivel de institucionalización permite la continuidad, eficiencia y eficacia de la política pública. Asimismo, señala que la institucionalización depende de que la política pública: “i) emane de un acuerdo político y social de atender un problema específico; ii) establezca objetivos y metas claras, y cuente con instrumentos para evaluar su consecución; iii) establezca obligaciones y derechos específicos para cada uno de los actores relevantes; [y] iv) cuente con la definición de normas y reglas de comportamiento” (Székely, 2006: 5). Asimismo, señala que el presupuesto destinado a la política pública y la definición y adopción de indicadores para su evaluación también son herramientas necesarias para una mayor institucionalización.

A partir de las entrevistas a los/las profesionales que implementan las consejerías pre y post aborto, identifiqué tres tipos de consejería según su nivel de institucionalización, a saber: 1) las institucionalizadas, las consejerías pre y post aborto de uno de los Municipios del AMBA, donde a partir de una ordenanza municipal, la consejería se convirtió en una política pública local; 2) las medianamente institucionalizadas, las consejerías que se implementan en el seno de una residencia (normalmente PRIM, en Provincia de Buenos Aires, en Medicina General

y RIEPS, en CABA); 3) las consejerías de nula institucionalización, aquéllas que son desarrolladas por profesionales aislados, sin ningún tipo de estructura formal contenedora.

Las consejerías pre y post aborto carecen de algunas de las características que deben definir a una política pública, entre ellas la planificación y el marco institucional necesarios para que ésta se implemente siguiendo unos lineamientos concretos. La falta de concreción y la inexistencia de estándares comunes entre los efectores/as que implementan las consejerías pre y post aborto, nos impiden hablar de las consejerías como políticas públicas en el sentido que señala la literatura. Propongo aquí el concepto de política difusa para hacer referencia a la existencia de acciones por parte del Estado, en los niveles nacional, provincial y local, encaminadas a reducir la morbimortalidad de las gestantes por causa de abortos inseguros. Sin embargo, estas acciones no se producen de un modo planificado, sino que son fruto de la iniciativa de los/las profesionales de la salud. En este sentido, entiendo las consejerías pre y post aborto como políticas difusas en la línea de lo que Crojethovic define como “iniciativas no regladas”, sin embargo, en este caso, a pesar de los diferentes niveles de institucionalización, no son acciones aisladas de un servicio de salud, sino que se reproducen en muchos centros en el Área Metropolitana de Buenos Aires y en Argentina.

La implementación de las consejerías por parte de los/las profesionales de la salud, como señala Crojethovic con respecto a otras iniciativas no regladas, “constituye una acción política en tanto se materializa en la relación entre las regularidades objetivas y la experiencia del sujeto, y es por eso que se establece desde abajo, otorgando a la población las respuestas que la política pública oficial no brinda.” (Crojethovic, 2010b: 9). En este sentido, los elementos que definen las políticas difusas son: 1) la inexistencia de una planificación y regulación estatal que imponga lineamientos sobre la implementación de esa política, 2) la identificación del problema, la definición de soluciones y la implementación de la política por quien se encuentra más próximo a las personas usuarias de las políticas, los/las efectores; 3) nivel elevado o moderado de institucionalización que permita la continuidad de la política en el medio y largo plazo; 4) las representaciones y significados que usuarios/as de la política le atribuyen a ésta, no difieren de otras políticas desarrolladas por el Estado; 5) la difusión de estándares sobre la implementación de la política a través de los/las efectores. Así, los/las

efectores de la política difusa, los/las profesionales de la salud que implementan las consejerías pre y post aborto, son quienes identifican el problema social, formulan la solución y la implementan, habilitados por un contexto legal que penaliza el aborto *de jure* y habilita estas prácticas *de facto*.

Conclusiones

En estas páginas se ha descrito el contexto legal con respecto al aborto en Argentina, haciendo hincapié en la informalidad y la ambigüedad del marco legal. Se ha argumentado que es esta informalidad la que ha habilitado la introducción de iniciativas no regladas, o políticas difusas como se propone en esta ponencia. Como se ha señalado, las consejerías pre y post aborto comienzan a implementarse por la iniciativa de algunos profesionales de la salud, sin que haya habido una política pública diseñada desde las instituciones.

Desde que se empezasen a introducir en los sistemas públicos de salud y se enmarcasen en el PNSSyPR, las consejerías han variado en función de su implementación (en qué espacios se implementan, cuáles son los objetivos, las prácticas que se desarrollan, etc.), su grado de institucionalización y la percepción de los profesionales de la salud involucrados con respecto a la práctica que realizan. Esta heterogeneidad en las consejerías deriva de la inexistencia de una regulación nacional que establezca un marco conciso para la implementación de la práctica.

Bibliografía

Bergallo, P. (2014) : “The struggle against informal rules on abortion in Argentina” en Cook, R., Erdman, J. y Dickens, B. (ed.) *Abortion Law in Transnational Perspective. Cases and Controversies*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

___ (2016) “Interpretando derechos: La otra legalización del aborto en América Latina” en Lidia Casas y Delfina Lawson. *Debates y Reflexiones en torno a la despenalización del aborto en Chile*, Ediciones LOM, Santiago de Chile.

Bergallo, P. y Ramón Michel, A. (): “The constitutionalization of abortion in Latin American law”, en Gargarella, R. y González, J., *The Latin American Casebook: Courts, Constitutions and rights*, Routledge.

Briozzo, L. (2002). *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos*. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay.

Chaneton, J. y. (2011). *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*. Buenos Aires: Ed. Marea.

Código Penal Argentino, 1921.

Corte Suprema de Justicia de la Nación (2012), Fallo F, A. L., F259 XLVI disponible en <http://www.mpd.gov.ar/users/admin/FAL.pdf>

Crojethovic, M. (2010a). *Desde abajo, la construcción de políticas públicas en salud. Hacia una definición de la informalidad*. Buenos Aires: Tesis Doctoral FSOC-UBA.

___(2010b) “El efecto de la informalidad en la dinámica organizacional. El análisis de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires”, *VI Jornadas de Sociología de la UNLP*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.

- Chaneton, J. y. (2011). La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones. Buenos Aires: Ed. Marea.
- Deza, S. (2015) “Gobierno del cuerpo de las mujeres: protocolos de aborto y objeción de conciencia”, *Perspectivas Bioéticas*, (37-38), pp. 76-92.
- Erdman, J. N. (2012). “Harm reduction, human right and access to information on safer abortion”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 118(1), 83-86.
- Gebruers, C. y Gherardi, N. (2015): “El aborto legal en Argentina: la justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso F.A.L”, Serie Documentos REDAAS, N°2, abril.
- Leiras, M. (2004): “¿De qué hablamos cuando hablamos de instituciones informales?, en *Estudios de política comparada: perspectivas, experiencias y debates*, UNR Editora, Rosario, pp. 65-92.
- Ley 14738, de la Provincia de Buenos Aires, disponible en <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/1-14738.html>
- 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.
- Mario, S. y Pantelides, A. (2009): “Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina”, CEPAL, Notas de Población, 87: 95–120
- Mény, Y. y Thoenig, J. (1992), *Las políticas públicas*, Ed. Ariel, Barcelona.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2009). Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto.
- __(2014) *Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación en*

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000588cnt-Cuadernillo-consejeria-2014-web.pdf>

__(2015) Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>

OMS. (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud.

Pecheny, M. (2006). 'Yo no soy progre, soy peronista', ¿por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto? En C. e. Cáceres, Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina. FASPA/UPCH.

Petchesky, R. P. (1984) *Abortion and woman's choice: the state, sexuality, and reproductive freedom*. New York: Longman.

Ramon Michel, A., Ramos, S. y Romero, M. (2012): “Barreras en el acceso a los abortos legales: una mirada a las regulaciones sanitarias que incluyen el uso del misoprostol”, Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, CEDES, disponible en <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/325.pdf>

Ramón Michel, A. (2011) “El fenómeno de inaccesibilidad al aborto no punible”, en Bergallo, P. (comp.) *Aborto y Justicia Reproductiva*, Buenos Aires: Editores del Puerto

Rowan, B., & Meyer, J. W. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363.

Székely, M. (2006). *Midiendo el nivel de institucionalidad de la política social en América Latina*. Inter-American Development Bank.

Szulik, D. y Zamberlin, N. (2015): “Percepciones de los profesionales de la salud sobre el estigma relacionado a la práctica de aborto no punible en el contexto argentino”, CLACAI.

Zamberlin, N., Romero, M. y Ramos, S. (2012) “Latin American women’s experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted”, *Reproductive Health*, 9:34.

Zamberlin, N. (2009). Misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto en el contexto argentino. CEDES-CLACAI.