

3. PROFESIONALES DE LA SALUD Y ABORTO

Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas de las/os profesionales de la salud

Alejandra López Gómez

Resumen

En este capítulo se presenta y analiza el conocimiento disponible sobre profesionales de la salud y aborto inducido producido en América Latina y el Caribe y publicado en revistas científicas, entre 2009 y 2014. Se incluyeron 36 artículos, los cuales provienen en su mayoría de Brasil, algunos refieren a México y el resto a Argentina, Uruguay, Paraguay y Jamaica. Los resultados de investigación generados en el período se focalizan fundamentalmente en identificar las barreras que dificultan o limitan el acceso al aborto seguro en las mujeres. En particular, se destaca el déficit de conocimiento en los profesionales sobre los marcos jurídicos y normativos así como de los aspectos técnicos relacionados con el aborto médico. En general, los investigadores coinciden en afirmar que disponer de conocimiento legal y técnico es condición para el involucramiento de los profesionales, pero que no resuelve per se la aceptación del aborto, ni una atención de calidad. Los estudios ofrecen indicios sobre las barreras culturales, subjetivas, ideológicas y religiosas que se ponen en juego en las prácticas profesionales, sin embargo, no se ofrecen interpretaciones teóricas robustas sobre el origen social de estas barreras. El campo de la investigación sobre profesionales y aborto está interpelado a tener una discusión sustantiva sobre las evidencias acumuladas y sobre los vacíos que se identifican, a modo de orientar con mayor claridad las urgencias y prioridades de una agenda regional de investigación.

Palabras clave

Aborto, profesionales de la salud, conocimiento, prácticas, América Latina y el Caribe

I. Introducción

En este capítulo se presenta y analiza el conocimiento disponible sobre profesionales de la salud y aborto inducido producido en América Latina y el Caribe y publicado en revistas científicas, entre 2009 y 2014.

El aborto ilegal e inseguro es un asunto crítico en la gran mayoría de los países de la región, con consecuencias relevantes en el bienestar, la salud y la vida de las mujeres. Una de cada ocho muertes maternas es producto de un aborto practicado en condiciones de riesgo y casi un millón de mujeres son hospitalizadas anualmente en la región, a causa de estas circunstancias (1). El papel de los/as profesionales de la salud en el acceso de las mujeres a la salud sexual y reproductiva, en particular al aborto seguro ha sido reconocido a nivel internacional como un asunto clave para garantizar el derecho a la salud y los derechos reproductivos (2,3).

En los últimos años en la región la investigación sobre aborto ha incorporado de manera creciente el estudio de la relación entre profesionales de la salud y aborto. Al respecto, la revisión de la literatura científica generada en los últimos cinco años, permite constatar un repertorio de estudios empíricos generados en distintos contextos sociales, políticos y legales sobre el aborto, aunque estos se concentran en pocos países. Los estudios alumbran algunas de las dimensiones y factores implicados en la relación que los/as profesionales de la salud establecen con las mujeres en situación de aborto inducido y aportan evidencias para la construcción de una agenda de investigación robusta sobre acceso al aborto seguro en la región. Al mismo tiempo, su análisis permite identificar vacíos e insuficiencia de información, así como temas emergentes y nuevos problemas que interpelan la producción sistemática de conocimiento. La información científica acumulada en estos años, que se suma a la producida en años anteriores, es una plataforma insoslayable para la (re)orientación de las políticas públicas, la formación de los recursos humanos de la salud y las acciones de incidencia social que buscan promover, proteger y garantizar el acceso al aborto seguro para las mujeres de América Latina y del Caribe.

II. Metodología

Para la revisión de literatura científica disponible en el período 2009-2014, se analizaron bases de datos y bibliotecas virtuales que recogen publicaciones de revistas arbitradas e indexadas. Las bases de datos utilizadas fueron SciElo, EBSCOhost, Redalyc, PISCODOC, JSTOR, Medline, BVS y LILACS. Se definieron los siguientes descriptores y palabras clave: profesionales AND aborto (aborto inseguro OR aborto inducido OR aborto voluntario) AND (opiniones OR conocimiento OR actitudes OR percepciones OR médicos OR doctores OR gineco-obstetras OR obstetras OR enfermería OR psicología OR nurses OR asistentes sociales OR estudiantes OR proveedores). Se definió el período

comprendido entre 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2014. En todos los casos se buscó que estos términos estuvieran referidos en cualquier parte del texto incluido el título. Se realizaron búsquedas para cada uno de los países y para la región en su conjunto.

Se definió incluir publicaciones que específicamente presentan y describen resultados empíricos sobre percepciones, creencias, actitudes, conocimientos, prácticas u opiniones de profesionales de la salud sobre aborto, diseñados con base en estrategias metodológicas de tipo cualitativo, cuantitativo o mixto. Se incluyeron artículos originales, reseñas de libros y revisiones publicadas en español, portugués e inglés. Se excluyeron libros, capítulos de libros, tesis u otras publicaciones no incluidas en revistas científicas arbitradas e indexadas en las bases referidas.

III. Resultados

Para esta publicación se seleccionaron 36 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión definidos. De ellos, 34 resultaron ser artículos originales y dos de revisión sistemática.

Las publicaciones identificadas fueron categorizadas en función del año de publicación, lenguaje, país y nombre de los autores/as. La distribución por países muestra que Brasil ocupa el primer lugar con 22 artículos publicados, le siguen México con siete, Argentina con tres, Uruguay con dos y Paraguay y Jamaica, con un artículo en cada caso.

Se clasificó el material en función del tipo de metodología empleada, los instrumentos de recolección de la información utilizados, los tamaños muestrales y los principales tópicos de la investigación. De los artículos que se incluyeron para esta revisión, 17 de ellos presentan estudios realizados desde abordajes cualitativos, 13 utilizaron metodologías cuantitativas y cuatro con diseños mixtos: cuanti-cualitativos. Del total de artículos, 16 presentan resultados sobre profesionales de la salud, incluyendo médicos/as, ginecobstetras, personal de enfermería, trabajo social y psicología o algunas de sus combinaciones: cuatro lo hacen con referencia a estudiantes de medicina o enfermería, diez refieren exclusivamente a médicos, cinco a personal de enfermería y nurse y uno a trabajo social.

Finalmente, los resultados de investigación que se presentan en los artículos fueron organizados con base en las siguientes categorías: a) conocimiento sobre aborto: aspectos legales y técnicos; b) significados y opiniones sobre aborto y su incidencia en las prácticas profesionales.

III.1. Conocimiento sobre aborto: aspectos legales y técnicos

Los estudios aportan información sobre dos dimensiones relacionadas con el conocimiento en aborto que tienen los profesionales: los aspectos legales y normativos y las cuestiones técnicas relacionadas con

la intervención profesional. No se reportan estudios que incluyan otras dimensiones de la práctica, por ejemplo conocimiento sobre aspectos sociales y psicológicos relacionados con el aborto.

El bajo conocimiento de los marcos normativos que regulan las prácticas del aborto, es un aspecto relevante por su influencia en las posturas de aceptación o rechazo que tienen los profesionales frente al tema. Las dos revisiones sistemáticas relevadas –ambas realizadas sobre la producción de Brasil–, coinciden en afirmar que los/as profesionales manifiestan un bajo nivel de conocimiento de las normas vigentes para la realización de abortos en circunstancias específicas aunque disponen de niveles satisfactorios de información general sobre el marco legal (4,5). Un estudio en Brasil por ejemplo, se propuso analizar las prácticas y opiniones de ginecobstetras sobre la provisión de servicios de aborto en casos de violación (6). La mayoría de los médicos expresaron requerir informes de la policía o autorización judicial para garantizar la atención solicitada, lo cual no se condice con lo que establece la norma nacional. Los datos sugieren que el acceso de las mujeres al aborto legal está siendo bloqueado entre otros factores por esta barrera, a pesar de lo que establece la ley. Las dificultades se producen principalmente, debido a la exigencia de que las mujeres aporten documentos médicos o judiciales para verificar la violación, los cuales no son requeridos legalmente (6). Un estudio realizado en México sobre conocimiento y aceptación de los médicos respecto del aborto legal por causal de violación, arrojó resultados similares. Los resultados del estudio mostraron que el conocimiento de la legislación y los aspectos técnicos favorecen la aceptación de la práctica del aborto, aunque se observaron actitudes de rechazo hacia las mujeres (39).

Por su parte, un estudio realizado en Brasil observó que el conocimiento de los aspectos legales es significativamente diferente según el tipo de profesión. Los/as médicos y obstetras muestran mayor conocimiento sobre estos aspectos que el personal de enfermería y de otras profesiones (7). Estos resultados son consistentes con los aportados por otros estudios con trabajadores sociales y personal de enfermería en Brasil (8,9). Una investigación realizada con estudiantes de medicina y derecho de Rio Grande del Norte (Brasil), muestra un conocimiento satisfactorio de los encuestados sobre la legalidad del aborto, ligado a una tendencia favorable a la ampliación de lo permitido legalmente para otras situaciones no previstas en la ley (10). Otra investigación realizada con estudiantes de medicina de Bahía (Brasil), aporta resultados similares (11). Las evidencias disponibles no son concluyentes y se observan discrepancias con otros estudios brasileños realizados con alumnos/as universitarios/as, los cuales reportan el bajo conocimiento observado en este sector (12).

La información que disponen los/as profesionales sobre los aspectos legales y su influencia en las prácticas y actitudes, ha sido explorado en estudios realizados en México. Una encuesta a 418 médicos obstetras, realizada poco tiempo después de producida la legalización del aborto en la Ciudad de

México, mostró que carecían de conocimiento adecuado sobre el marco legal, así como sobre el uso de protocolos de atención efectivos, lo cual incidía en la calidad de la atención (13). La falta de conocimiento de la legislación sobre el aborto que mostraron los profesionales de otro estudio (14), es reconocida como una barrera para que las mujeres accedan a los servicios, aun cuando la ley lo permita. Según los autores es impostergable que a la par de disponer de leyes menos restrictivas, se logre que los profesionales de la salud las conozcan y que estén dispuestos a recibir capacitación y entrenamiento para ofrecer los servicios (14). Otro estudio mexicano (15), realizado en la Ciudad de México muestra que los profesionales, en particular enfermeras y trabajadoras sociales, consideraron justificable solicitar servicios de aborto solo en casos extremos, a pesar que el marco legal promueve el respeto y protección de la decisión de las mujeres. La objeción de conciencia prevaleció entre el personal de salud de ingreso reciente a los servicios, lo cual podría atribuirse al desconocimiento sobre los lineamientos legales y técnicos del programa de interrupción legal del embarazo. El estudio reporta las opiniones ambivalentes de los profesionales sobre el derecho de las mujeres a decidir la interrupción de un embarazo, a pesar del marco legal que lo habilita (15). Resultados similares aporta otro estudio realizado poco tiempo después de comenzarse a instrumentar los servicios de aborto legal en la Ciudad de México.

En ese mismo contexto, otra investigación analizó la legalidad del aborto y su influencia en la disminución de las resistencias del personal médico. Según la autora, si bien la ley ha favorecido posturas de mayor aceptación por parte de los profesionales médicos, por sí misma no garantizaría la disposición subjetiva para brindar la prestación (16).

En Paraguay, en un contexto legal restrictivo donde el aborto inducido está penalizado en toda circunstancia, un estudio realizado en 2006 mediante una encuesta a 461 profesionales de la salud de hospitales públicos (médicos/as, licenciados/as en enfermería, auxiliares de enfermería y técnicos), reveló el bajo conocimiento de estos profesionales sobre la ley vigente, en la medida que solo el 45% afirmó que el aborto estaba penalizado en todos los casos (17).

La información técnica que disponen los profesionales para atender a mujeres en situación de aborto es considerada un aspecto relevante para asegurar la prestación de servicios de calidad. Un estudio con alumnos/as de medicina del último año de formación en São Paulo (Brasil), exploró el conocimiento sobre aspectos técnicos relacionados con el aborto médico y el uso de *misoprostol*. La mayoría reportó haber escuchado sobre el *misoprostol* para la interrupción del embarazo, asimismo manifestó tener información acerca de cómo usarlo, si bien menos de uno cada diez encuestados dio cuenta de conocimiento satisfactorio sobre sus usos y efectos. Pocos estudiantes habían escuchado sobre el *mifepristone* (medicación no disponible en los servicios de salud en Brasil). Con base en estos resultados, los autores concluyen en la urgente necesidad de revisar y actualizar los planes de estudios en medicina,

incluida la formación sobre aborto médico que se brinda en los hospitales donde se provee (18). Mientras tanto, otro estudio con estudiantes de medicina en Brasil, observó que si bien estos disponían de conocimiento técnico y legal, la principal barrera parecía estar relacionada con el plano de las actitudes discriminatorias hacia las mujeres y la falta de humanización de la asistencia, influenciada por preceptos morales y religiosos. En este sentido, los autores consideran necesario que las escuelas médicas ofrezcan condiciones básicas para la formación integral profesional, mediante la articulación de conocimientos técnicos, destrezas y habilidades y promoción de actitudes acordes a las demandas de atención de las mujeres (11).

Un estudio reporta que el personal de enfermería en Campina Grande (Brasil), evidenció falta de preparación técnica para atender las situaciones de aborto provocado, siendo este déficit una de las dificultades más importante para la prestación de servicios de atención al aborto, inclusive en los casos previstos en la ley (9).

El déficit en la formación profesional para trabajar con las mujeres en situación de aborto, debido al limitado abordaje del tema durante la formación, agravado a su vez por la falta de entrenamiento en el contexto de los servicios de salud, contribuye a la invisibilización de la demanda de atención y a una asistencia inadecuada. La calificación de los profesionales de la salud, asociada a la experiencia profesional, no es suficiente para ampliar la comprensión sobre el aborto legal y favorecer el acceso de las mujeres a las prestaciones (19). En México, estudios reportaron que la mayoría de los profesionales, aun aquellos que ya fueron capacitados, manifestaron necesitar mayor entrenamiento tanto en el aborto médico, como en el aborto quirúrgico (15). Dado el creciente interés en brindar servicios de aborto seguro y el uso prevalente de regímenes inefectivos de abortos médicos y de legrado uterino instrumental, se deberían reforzar los programas de capacitación y el entrenamiento sobre el aborto, en particular a los proveedores privados, así como revisar los planes de estudio de formación médica (15,20).

III.2. Significados y opiniones sobre el aborto y su incidencia en las prácticas profesionales

Varios estudios se focalizan en el estudio de las percepciones, significados y opiniones de los profesionales de la salud sobre aborto –y sobre las mujeres que abortan–, analizando su influencia en la atención que se brinda y en las resistencias a implementar las prestaciones de aborto legal en los países donde está disponible. Un estudio realizado en dos hospitales públicos en Bahía (Brasil) indican que las prácticas clínicas de los médicos se ven afectadas por la criminalización del aborto y el miedo a ser denunciados, por el estigma social del aborto, debido a la falta de entrenamiento y formación adecuados y a las representaciones estereotipadas de género (21). Según este estudio, factores asociados a las

creencias y valores religiosos, el malestar subjetivo que produce un acto asociado con la interrupción de la vida y el temor a la banalización del aborto y a su incremento en caso de ser legalizado, son barreras para la provisión de servicios. Mientras que los principales factores asociados con posturas liberales en relación con la legalización son la edad (los más jóvenes y los de mayor edad, se presentan más proclives), la experiencia profesional frente a situaciones de mortalidad materna por aborto y la experiencia previa con abortos legales (21).

En otro estudio, comparando los discursos médicos en Brasil y Polonia, se observó que en ambos contextos la relación de los médicos con el aborto se ve afectada no solo por los preceptos religiosos sobre los derechos reproductivos, sino por la incidencia de una inadecuada formación médica y el temor al estigma (22). El estigma y la deshonra profesional, son reportados también como factores que afectan e inhiben la práctica médica frente al aborto por violación en Brasil (6).

Las concepciones tradicionales de género relacionadas con la heteronomía de la mujer, el culpar y responsabilizar a la mujer por sus decisiones sexuales y reproductivas, así como los valores religiosos sobre la sacralidad de la vida, la independencia del feto y el aborto como homicidio, forman parte del repertorio de significados y apreciaciones que reporta un estudio cualitativo realizado en Brasil (23). En menor medida, otros constructos relacionados con la perspectiva de derechos, la reducción de riesgos y daños y el reconocimiento de la autonomía de las mujeres, también fueron registrados. Los autores observan que aunque se tenga una legislación menos restrictiva sobre aborto y normas técnicas para la atención humanizada, la discusión no se puede limitar a las dimensiones éticas y legales, sino que se deben considerar los factores asociados a las creencias y significados, que orientan la actuación profesional tanto en el cuidado de la salud de las mujeres, como en la interpretación de sus derechos (23). En consonancia con esta perspectiva, otro estudio analiza las representaciones sobre la violación y acerca de las víctimas, en las que se basan los discursos y actitudes de los profesionales de la salud y su relación con el acceso de las mujeres al aborto legal por esta causa en Brasil (38).

Una revisión realizada en Brasil reporta la existencia de estudios que otorgan relevancia a la dimensión subjetiva del profesional y su influencia en la práctica, en particular debido a la exposición psicoafectiva que implica atender a diario situaciones de aborto, lo cual junto con ambivalencias en el plano moral y opiniones desfavorables, derivaría en una atención deficiente tanto desde el punto de vista ético como desde el psicoemocional. Los profesionales de la salud no estarían preparados para sostener emocionalmente a las mujeres en situación de aborto, siendo necesario que su capacitación no se limite a la formación técnico-académica (5). Conclusiones similares aportan otros estudios al recomendar que se requiere de una mayor preparación psicológica del personal médico y de enfermería para atender a mujeres en situación de aborto, así como del trabajo en conjunto con psicólogos y la conformación

de equipos interdisciplinarios, como estrategia de fortalecimiento de la calidad de atención (24,25,37). Un estudio realizado en Uruguay, previo a la legalización del aborto, analizó el peso que tiene el factor subjetivo en la acción técnico-profesional, en la articulación persona-rol profesional. Se observó que el campo sanitario habilita condiciones para que se produzcan intervenciones moralizantes desde las acciones revestidas de autoridad técnica (26). La experiencia de haber vivido personalmente un aborto, o haber participado de esa situación, es un factor que influye en posturas más empáticas y flexibles frente al tema (27).

Por su parte, estudios realizados con trabajadores sociales y con enfermeras en Brasil, analizan la incidencia de la ambivalencia frente al aborto en la atención que se brinda, observando que se producen sentimientos de rechazo con las mujeres o prácticas discriminatorias y predominantemente técnicas, ignorando los efectos de sus actitudes y exponiendo a las mujeres al riesgo de abortos inseguros (7,8,9,28). En el caso de trabajadores sociales, se evidenciaron actitudes resistentes para garantizar el acceso a los servicios de aborto previstos en el Código Penal y más aún, para aquellos casos que no se enmarcan en la ley vigente. La calidad de la intervención profesional se ve afectada por la inseguridad y el desconocimiento de las normativas profesionales, por las características y valores de cada profesional, las creencias religiosas y las concepciones morales, y por las directrices de cada institución donde el profesional se desempeña (8).

En cuanto al personal de enfermería, las investigaciones coinciden en afirmar que predominan actitudes de rabia, discriminación, condena y prejuicios, hacia las mujeres que abortan (7,9,28). Se observa en las prácticas de este grupo profesional un abordaje tecnicista del cuidado, junto con significados que asocian el cuidado con una acción solidaria y no con un derecho humano (9). En concordancia con estos resultados, otros estudios señalan las actitudes de discriminación, juzgamiento, y preconcepción, en la asistencia prestada por los profesionales, prefiriendo la atención a mujeres embarazadas y puerperas (6,7,12,27,36).

Un estudio realizado en Jamaica, reportó que la amplia mayoría afirma no tener objeciones morales para realizar el procedimiento, si bien entienden que a mayor disponibilidad y permisibilidad del aborto se podría producir un incremento del mismo y una disminución en el uso de métodos anticonceptivos (29). Otro estudio realizado en Argentina en 2010 con médicos de cuidados críticos reportó una alta aceptación del aborto en situaciones excluidas en la ley actual, así como también apoyo general al aborto antes de las 12 semanas de gestación (32).

Si bien el factor religioso es reportado en diversas investigaciones (7,8,12,16,17, 19,22,27,30), solo un artículo presenta resultados de un estudio que abordó específicamente el papel de la religión (31). Todos

son coincidentes en afirmar el peso de la religión en las percepciones, representaciones y actitudes de los profesionales frente al aborto. La disposición de proveer un aborto legal o de ayudar a una paciente o una mujer de la propia familia a obtener un aborto no previsto por la ley, es significativamente menor entre los médicos religiosos (31). En general, los médicos se sienten incómodos en atender una solicitud de aborto, aún permitido si está por la ley, debido a sus valores morales y religiosos (31,26,34). Inclusive cuando los profesionales no están directamente vinculados a una religión, los profesionales parecen reproducir conceptos y posturas de la religión dominante en el país (31).

La decisión del médico de practicar un aborto no depende solamente del conocimiento de las leyes vigentes sino de otros elementos como sus actitudes y valores morales. La aceptación del aborto está relacionada con las percepciones y representaciones sobre las mujeres que abortan. Un estudio realizado en México, señala que la aceptación en los profesionales es notoriamente mayor en aquellas circunstancias que están más alejadas de la voluntad de la mujer y de su decisión autónoma de terminar con un embarazo (14). Para la mayoría de los/as ginecobstetras, uno de los principales desafíos es resolver los propios dilemas morales respecto al aborto (30). La percepción de que el aborto produce un trauma psíquico de efectos duraderos en las mujeres fue observada en uno de los estudios, si bien ello no afectaría la aceptación de la práctica, pero sí las apreciaciones sobre las mujeres que abortan (26). Se señala que la aceptación del aborto desciende cuando este es reiterado (30), o cuando la mujer no acude a la anticoncepción postaborto (14,15,30). La aceptación aumenta cuando la mujer es de nivel socioeconómico bajo (14).

La literatura reporta menor resistencia en los profesionales respecto al aborto médico en comparación con el aborto quirúrgico. En el caso mexicano, la disponibilidad de aborto médico en los servicios de salud contribuyó a minimizar resistencias, así como a una relación menos autoritaria de los profesionales con las usuarias (15,16,30). En un estudio de ese país, los profesionales manifestaron opiniones favorables a la incorporación del aborto médico en las prestaciones de los servicios ya la provisión de servicios de aborto legal con equipos especializados en centros del primer nivel, en comparación con la atención en hospitales generales. Según los profesionales, ello redundaría en mejorar la calidad de la atención, evitar problemas relacionados con la objeción de conciencia y en favorecer una menor carga laboral en los hospitales (30).

Un estudio realizado en Brasil con ginecobstetras, permitió evidenciar que la atención a mujeres con embarazos de fetos con anencefalia, era una experiencia cotidiana en los servicios de salud y que la exigencia de autorización judicial para proceder a interrumpir ese embarazo, era una barrera para el acceso (35).

Algunos estudios reportan cambios positivos en las percepciones y actitudes de los profesionales luego de haber participado en programas de entrenamiento sobre aborto (15,27,33,34). Varios estudios concluyen que es necesario reforzar los programas de capacitación y entrenamiento de médicos y de residentes como estrategia para asegurar el acceso a los servicios (13,20). Sin embargo, una investigación basada en el análisis de dispositivos de enseñanza médica, observó que la discusión y transmisión de conocimiento no es garantía de un proceso de reflexión y de transformación de las opiniones y prácticas de los/as profesionales frente al aborto (27). Otros estudios aportan resultados coincidentes (11,37).

IV. Discusión

Los resultados de investigaciones generadas en los últimos cinco años se enfocan fundamentalmente, en identificar las barreras que operan desde los profesionales de la salud para limitar el acceso al aborto seguro en las mujeres. En particular, se destaca el déficit de conocimiento sobre los marcos normativos que regulan las prácticas del aborto en los distintos contextos y sobre aspectos técnicos relacionados con el aborto médico. Los investigadores coinciden en afirmar que disponer de conocimiento legal y técnico, es condición para el involucramiento de los profesionales pero que no resuelve per se la aceptación del aborto ni una atención de calidad. Los estudios ofrecen indicios sobre las barreras culturales, subjetivas, ideológicas y religiosas que se ponen en juego en las prácticas profesionales, sin embargo, no se ofrecen interpretaciones teóricas más robustas que permitan comprender y explicar por qué y cómo operan estos factores que se registran empíricamente.

La disponibilidad de estudios generales sobre profesionales de la salud y otros actores de la prestación de servicios aún son insuficientes. Las investigaciones se han concentrado mayormente en el sector médico, registrándose algunas pocas sobre personal de enfermería y siendo casi inexistentes los datos sobre trabajadores sociales y psicólogos. Las pocas investigaciones publicadas sobre profesionales no médicos son fundamentalmente de tipo cualitativo y con muestras pequeñas y dado su carácter exploratorio, no es posible determinar la distribución de sus opiniones, conocimientos y prácticas en función de diferentes variables. Al respecto, parece importante construir instrumentos estandarizados, confiables y validados que puedan usarse con este propósito.

Desde el punto de vista teórico-metodológico, los estudios que se han desarrollado son en esencia, de tipo descriptivo y exploratorio, ya sean con base en diseños cualitativos o cuantitativos. Son escasas aquellas de tipo explicativo o que ofrezcan interpretaciones y nuevas hipótesis de trabajo, así como aquellas que promuevan la construcción de nuevos problemas de investigación, empíricos o teóricos.

Los estudios parecen coincidir en que los profesionales médicos y de enfermería tienen actitudes ambivalentes frente al aborto, debido a que los interpela y los enfrenta a cuestiones morales conflictivas y contradictorias. Si bien, la mayoría de los profesionales manifiesta opiniones favorables al considerar que el aborto es un hecho moralmente justificable en determinadas circunstancias, pocos estarían preparados para intervenir profesionalmente en estas situaciones. Las investigaciones enfatizan la relevancia de la formación profesional integral y sugieren que la mera transmisión de conocimientos legales y técnicos no garantiza posiciones de mayor aceptación frente al aborto, ni a prácticas basadas en el reconocimiento y respeto por los derechos de las mujeres. A pesar de adjudicarle relevancia a la formación profesional, no se registra producción científica que identifique condiciones, facilidades y barreras para la modificación de la *currícula* de formación universitaria. A su vez, son escasas las publicaciones que ofrecen evidencias empíricas sobre dispositivos pedagógicos de entrenamiento a profesionales y sus resultados.

Pocos estudios exploran la relación entre profesionales de la salud y aborto en un contexto más amplio, relacionado con los derechos y la salud sexual y reproductiva. El cambio de paradigma que promovió la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, 1994) —y que se tradujo en distintos países en la concreción de políticas de salud sexual y reproductiva, definidas desde un enfoque de derechos—, debiera integrarse en el estudio de los esquemas de percepción, apreciaciones y opiniones de los profesionales sobre el aborto. Ello podría alumbrar la compleja vinculación, determinación y afectación mutua que tienen los distintos niveles implicados en el proceso de la política: su definición, su implementación y organización en los servicios de salud y su incorporación en las prácticas profesionales. Por ejemplo, la coexistencia de políticas y programas de salud que reconozcan los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos, junto con marcos jurídicos que criminalicen el aborto —tal como sucede en varios de los países de la región—, podría ser un factor relevante para comprender las actitudes de los profesionales frente al aborto.

En los últimos años en la región, debido al creciente debate social y político sobre el aborto, este pasó de ser un asunto silenciado dentro y fuera de los consultorios, a transformarse en un tema para las políticas de salud pública. Los estudios muestran que el aborto voluntario es percibido por algunos profesionales como una decisión legítima de las mujeres, aun cuando los marcos jurídicos lo criminalicen o le impongan restricciones a la intervención profesional. Al mismo tiempo, en otros profesionales se observó rechazo y no aceptación. La compleja relación entre (i) legalidad e (i) legitimidad, se hace presente en el campo de las prácticas profesionales, no solo en aquellos contextos donde el aborto es legal, generando controversias y contradicciones. Esta constatación podría explicar la baja implementación de los protocolos técnicos y normativas sobre aborto legal o de prevención de abortos inseguros, aun cuando estos sean conocidos por los profesionales.

Los expertos enuncian la disputa simbólica respecto del cuerpo, las sexualidades, la autonomía de las mujeres y el aborto. La hegemonía de la perspectiva biomédica y de una visión tradicional de género en el campo sanitario, interfiere en el logro de la salud integral, el respeto por los derechos, la cooperación, el diálogo interdisciplinario y la complementariedad del trabajo en equipo de salud, que postula el enfoque de la salud sexual y reproductiva. La (no) aceptación del aborto por parte de los profesionales podría estar atravesada también por estas cuestiones de índole institucional.

Un asunto especialmente crítico por sus efectos directos en el acceso al aborto legal, es la relación de los profesionales con la objeción de conciencia, la cual es registrada en las investigaciones pero de manera general. Se necesitan conocer con mayor profundidad y en distintos contextos los factores (culturales, subjetivos, morales, religiosos), que inciden en la adhesión y en la adopción de este mecanismo por parte de los profesionales médicos, así como las apreciaciones de otros grupos profesionales directamente implicados en la atención de las mujeres.

Las evidencias son coincidentes en afirmar que las resistencias de los profesionales se concentran en el plano de las convicciones morales, los sistemas de valores, los estereotipos y las preconcepciones construidos socialmente e incorporados subjetivamente. Las mujeres que abortan muchas veces son responsabilizadas por sus conductas, activándose contra ellas lo que Irving Zola definió como “*batalla moral*” (40). Podría decirse que algunos profesionales estructuran un tipo de acción técnico-moral-dependiente (41), que es iatrogénica por los efectos de culpa que genera. En este sentido, analizar cómo se define o se construye el objeto de intervención profesional, es relevante para comprender algunas de las evidencias que se reportan. La consideración del embarazo-maternidad como “hecho natural” y el aborto-no deseo de hijo como su contracara, “práctica antinatural”, es un ejemplo en ese sentido.

Los estudios aportan información sobre el factor subjetivo implicado en las prácticas profesionales. La relación entre lo personal y lo profesional puede ser considerada un factor clave de las prácticas profesionales. Las reacciones emocionales frente a las mujeres que abortan el temor a ser estigmatizados, los propios ideales y trayectorias reproductivas, los modelos mentales desde los cuales sienten, piensan y actúan profesionalmente, entre otros aspectos, podrían considerarse dimensiones a ser estudiadas para comprender mejor cómo opera la subjetividad en las opiniones, postura y acción profesional. En este sentido, si bien los estudios ofrecen información sobre la relación entre significados, creencias y opiniones, no se dispone de estudios que analicen cómo se traducen en intervenciones técnico-profesionales, más allá de los niveles de aceptación o no del aborto. Por ejemplo, se carece de estudios relacionados con el asesoramiento o consejería profesional a mujeres que experimentan embarazos no deseados y abortos, cuestión que debería merecer especial atención dado que son dispositivos ampliamente recomendados en las políticas públicas. El uso del término *consejería*

para designar este tipo de acciones técnico-profesionales, adoptado por organismos y organizaciones internacionales que trabajan en el campo de la salud sexual y reproductiva, habilita —desde el propio uso del término—, un tipo de intervención que se caracteriza fundamentalmente por su dependencia moral del sistema de valores del profesional, quien actúa con base en *consejos* profesionales, no necesariamente enmarcados en un enfoque de derechos humanos. Sería importante generar conocimiento sobre la implementación de estos dispositivos en los servicios de salud, los significados asociados tanto en profesionales como en mujeres y su incidencia en los comportamientos y decisiones reproductivas de las mujeres.

Por último, los cambios que se registraron en la región en las prácticas de aborto a través del uso de medicamentos, marcó un antes y un después en la construcción del aborto como objeto de intervención profesional, así como en la relación con las mujeres que deciden abortar. Progresivamente el aborto quirúrgico fue desplazado por el aborto con medicamento y se comenzaron a construir nuevas modalidades de gestión del aborto inducido para las mujeres. Parecería que para la mayoría de los médicos, el aborto con medicamento es vivido como un evento menos exigente desde el punto de vista técnico, emocional e incluso moral, a diferencia de lo que sucede con el aborto quirúrgico. Sin embargo, este podría exigir mayor protagonismo a las otras profesiones, en particular aquellas “feminizadas”, relacionadas con los cuidados. Este punto es interesante si se lo considera un indicio del proceso de desmedicalización del aborto y de su construcción como campo de intervención para otras profesiones de la salud.

V. Conclusión

La revisión que aquí presentamos permite analizar las luces y las sombras en los avances de la investigación sobre profesionales y aborto en América Latina y el Caribe. La concentración de las publicaciones en unos pocos países es, en sí mismo, un asunto crítico que amerita el desarrollo de estrategias específicas para incentivar la comunicación científica, en medios arbitrados e indexados, de las investigaciones que se llevan a cabo en distintos contextos. Tan importante como producir nuevas evidencias, es divulgarlas a través de múltiples canales y medios, de modo de enlazar de manera virtuosa conocimiento, acción social, política pública e intervención profesional. En este sentido, la publicación científica debe ser un objetivo estratégico y prioritario para los actores que trabajan por el acceso al aborto seguro en los países de la región. Los resultados que ofrecen los estudios publicados son un insumo valioso para orientar el desarrollo de investigación en distintos países, pero no son suficientes para ilustrar la realidad de los profesionales frente al aborto en el conjunto de la región.

Las prácticas profesionales consideradas como prácticas sociales específicas e históricamente situadas son un analizador de los pactos, disputas y conflictos que se registran en el campo social más amplio. Colocar el foco de la investigación en los profesionales de la salud frente al aborto, permite evidenciar algunas de las dimensiones implicadas en el proceso de construcción del aborto como objeto de intervención profesional y de las mujeres que abortan como sujetos de derechos, de allí su relevancia para el acceso al aborto seguro en las mujeres. Siguiendo a Bourdieu (42), podría considerarse que los profesionales incorporan tempranamente un *habitus* en la formación profesional, mediante la adquisición de un lenguaje verbal y paraverbal que los identifica como parte de un corpus profesional, el cual recrean y reproducen a través de sus prácticas. De allí la relevancia de estudiar los dispositivos de formación profesional para identificar las posibilidades y requerimientos para la transformación de la *currícula* y los programas de entrenamiento en salud.

Es importante ampliar la mira hacia los distintos grupos profesionales, de los cuales se carece de investigación específica y disponer de conocimiento sobre el trabajo en equipos interdisciplinarios en la atención a mujeres en situación de aborto, en la medida que, crecientemente, los servicios de salud de aborto legal y de prevención de aborto inseguro se sostienen en equipos de salud multiprofesionales.

Algunos problemas de investigación comienzan a ser esbozados, como el peso del estigma del aborto en las prácticas profesionales, por lo cual es necesario amplificar y profundizar en su tratamiento, incluida la generación de instrumentos culturalmente adaptados para su estudio en diversos contextos. Otros asuntos han estado ausentes en la investigación disponible, entre otros, cómo viven, qué piensan y cómo actúan los profesionales con respecto al aborto en el segundo trimestre de gestación o sus actitudes frente a las adolescentes.

Podemos concluir señalando que la relación entre servicios de salud y mujeres en situación de aborto –relación mediada por el encuentro con los/as profesionales de la salud– es un *locus* privilegiado de investigación, que permite monitorear y evaluar las posibilidades, dificultades y resistencias que encuentra la agenda de género y derechos sexuales y reproductivos en el campo sanitario.

El terreno de la investigación sobre profesionales y aborto en América Latina y el Caribe, está interpelado a tener una discusión sustantiva sobre las evidencias acumuladas y sobre los vacíos de conocimiento, a modo de orientar con mayor claridad las urgencias y prioridades de investigación. Para ello será necesario analizar críticamente la construcción de los problemas de investigación, los enfoques teórico-metodológicos que orientan la interpretación de los datos y los contextos en los cuales son producidos. Tal vez allí radica uno de los mayores retos para la investigación, el de construir un escenario en que los productores de conocimiento y quienes hacen uso de ellos, puedan analizar,

en conjunto, las demandas y necesidades de conocimiento que se requiere para avanzar en servicios accesibles de aborto legal y seguro y en prácticas profesionales comprometidas con el respeto de los derechos de las mujeres.

VI. Referencias

1. Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, y Sedgh G. Abortion worldwide: a decade of uneven progress [Internet]. New York: Guttmacher Institute; 2009. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/pubs/Abortion-Worldwide.pdf>.
2. de Francisco, A., Dixon-Mueller, R. y d'Arcangues, C. Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios. Foro Mundial de Investigación para la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2007. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241593334_es.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud [Internet]. 2a ed. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf.
4. Barbosa Cacique D, Passini Junior R, Martins Duarte Osis MJ. Opinions, knowledge, and attitudes of health professionals on induced abortion: a review of Brazilian studies (2001-2011). Saude soc. [Internet]. 2013;22(3):118-137. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/en_23.pdf.
5. Andreazzi Duarte D, de Melo-Almeida MG. Conhecimento dos profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: uma revisão bibliográfica. Rev Baiana Saúde Pública [Internet]. 2010;34(2):279-287. Disponible en: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/34/34>.
6. Diniz D, Madeiro A, Rosas C. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: A study among physicians in Brazil. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2014;22(43):141-148. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)43754-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(14)43754-6).
7. Guerra Benute GR, Nonnenmacher D, Yamamoto Nomura RM, Souza de Lucia MC, Zugaib M. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2012;34(2):69-73. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a05v34n2.pdf>.
8. Lolatto S y Kleba Lisboa T. Profissionais de serviço social frente à questão do aborto – a ética em debate. *Bagoas* [Internet]. 2013;7(9):65-85. Disponible en: <http://www.periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/4656>.
9. Cidney da Silva Soares M, Évila de Oliveira Freitas V, Ribeiro Cunha AR, Simôa Almeida JL, Ramos Medeiros Souto CM, Arruda Dantas R. Práticas de enfermagem na atenção às mulheres em situação de abortamento. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* [Internet]. 2012;13(1):140-146. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=324027980016#>.

10. Dias de Medeiros R, Dantas de Azevedo G, Almeida de Oliveira EA, Aires Araújo F, Benigno Cavalcanti FJ, Lucena de Araújo G, *et al.* Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2012;34(1):16-21. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
11. Santos Pereira Darzê OI, Gonçalves Azevêdo BK. Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* [Internet]. 2014 enero [citado 2015 abril 08];36(1):5-9. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000100005&lng=en.
12. Almeida Figueira da Silva L, Borgato Cappo Bianco MH. Perfil de graduandos de medicina e enfermagem e posicionamento dos mesmos em relação ao aborto induzido. *Salusvita* [Internet]. 2009;28(3):245-255. Disponible en: http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v28_n3_2009_art_04.pdf.
13. Dayananda I, Walker D, Atienzo EE, Haider S. Abortion practice in Mexico: A survey of health care providers. *Contraception* [Internet]. 2012;85(3):304-310. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2011.07.011>.
14. García-Núñez NN, Atienzo EE, Dayananda I, Walker D. Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en México. *Salud Colectiva* [Internet]. 2013 mayo-agosto;9(2):235-246. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v9n2/v9n2a08.pdf>.
15. Díaz-Olavarrieta C, Cravioto VM, Villalobos A, Deeb-Sossa N, García L, Garcia SG. El Programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México: experiencias del personal de salud. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2012;32(6):399-404. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n6/a02v32n6>.
16. Lamas M. Entre el estigma y la ley. La interrupción legal del embarazo en el DF. *Salud pública Méx* [Internet]. 2014;56(1):56-62. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342014000100008&script=sci_arttext.
17. Rivarola Espinoza JM. Conocimientos y actitudes de los profesionales de la salud, sobre el aborto inducido en Paraguay. *An. Fac. Cienc. Méd* [Internet]. 2010;XLIII(1):35-46. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v43n1/v43n1a04.pdf>.
18. Gil Fernandes K, Pauperio Soares Camargo R, Alves Duarte G, Faúndes A, Sousa MH, Maia Filho NL, *et al.* Knowledge of medical abortion among Brazilian medical students. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2012;118(Supl 1):S10-S14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.05.004>.

19. Santos Farias R, Fontenele Cavalcanti L. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012;17(7):1755-1763. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
20. Schiavon R, Collado ME, Troncoso E, Soto Sánchez JE, Otero Zorrilla G, Palermo T. Characteristics of private abortion services in Mexico City after legalization. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2010;18(36):127-135. Disponible en: [http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080\(10\)36530-X/abstract](http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080(10)36530-X/abstract).
21. De Zordo S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012;17(7):1745-1754. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
22. De Zordo S, Mishtal J. Physicians and Abortion: Provision, Political Participation and Conflicts on the Ground—The Cases of Brazil and Poland. *Women's Health Issues* [Internet]. 2011;21(Supl 3):S32-S36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2011.01.006>.
23. Borges Wiese IR, Werba Saldanha AA. Aborto induzido na interface da saúde e do direito. *Saúde soc.* [Internet]. 2014;23(2):536-547. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200536&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.
24. Marcantonio Y, Monetti MC, Valdez K. Percepción del personal enfermería frente al aborto inducido [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Facultad de Ciencias Médicas; 2012. Disponible en: http://200.123.150.149/favaloro/bases/Marcantonio_yOtros_ENFERMERIA_8426.pdf.
25. Marcone ML, De Palo VC. El abordaje de la problemática del aborto por parte de un equipo interdisciplinario de un Centro de Salud. *Margen* [Internet]. 2012;(66):1-6. Disponible en: http://www.margen.org/suscri/margen66/12_marcone.pdf.
26. López A, Carril E. Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud. *Psicol Conoc y Soc* [Internet]. 2010;1(2):1-32. Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/40/187>.
27. Lemos A, Russo JA. Profissionais de saúde e o aborto: O dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014;18(49):301-312. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200301&lang=pt.

28. Hoffmann Mortari CL, Martini JG, Vargas MA. Nurses' representations regarding the care of women experiencing unsafe abortion. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012;46(4):909-916. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/recusp/v46n4/en_19.pdf.
29. Fletcher H, Gordon-Strachan G, McFarlane S, Hamilton P, Frederick JA. Survey of providers' knowledge, opinions, and practices regarding induced abortion in Jamaica. *Int J Gynecol Obstet*. 2011;113(3):183-6. Disponível em: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(11\)00116-0/abstract](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(11)00116-0/abstract).
30. Contreras X, Van Dijk MG, Sanchez T, Sanhueza Smith P. Experiences and Opinions of Health-Care Professionals Regarding Legal Abortion in Mexico City: A Qualitative Study. *Stud Fam Plann* [Internet]. 2011;42(3):183-190. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1728-4465.2011.00280.x/abstract>.
31. Duarte Osis MJ, Faúndes A, Alves Duarte G, Makuch MY. O papel da religiosidade na perspectiva e conduta de ginecologistas brasileiros em relação ao aborto induzido. *Bagoas* [Internet]. 2013;7(9):87-107. Disponível em: <http://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/4657/3813>.
32. Vasquez DN, Das Neves AV, Golubicki JL, Di Marco I, Loudet CI, Roberti JE, *et al.* Critical care providers' opinion on unsafe abortion in Argentina. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2012;116(3):249-252. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.10.030>.
33. Fiol V, Briozzo L, Labandera A, Recchi V, Piñeyro M. Improving care of women at risk of unsafe abortion: Implementing a risk-reduction model at the Uruguayan-Brazilian border. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2012;118(Supl 1):S21-S27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.05.006>.
34. Santos Pereira Darzé OI, Gonçalves Azevêdo BK. Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2014;36(1):5-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n1/0100-7203-rbgo-36-01-00005.pdf>.
35. Diniz D, Penalva J, Faúndes A, Rosas C. A magnitude do aborto por anencefalia: um estudo com médicos. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2009 outubro [citado 2015, abril 08];14(Supl 1):1619-1624. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800035&lng=en.
36. Strefling ISS, Lunardi FWD, Kerber NP, Soares MC, Gomes VL, Vargas E. Comprehensive care in abortion and reproductive counseling to the woman who miscarried: perceptions of nursing. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2013;17(4):698-704. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400698&lng=en.

37. Barbosa ASS, Bobato JAC, Mariutti GM. Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento. Rev. SPAGESP [Internet]. 2012;13(2):44-55. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200006&lng=pt.
38. Diniz D, Canabarro Dios V, Mastrella M, Pereira Madeiro A. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. Rev. Bioét [Internet]. 2014;22(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200011&lng=en&nrm=iso.
39. Silva M, Billings DL, Garcia SG, Lara D. Physicians' agreement with and willingness to provide abortions in the case of pregnancy due to rape in Mexico. Contraception. 2009;79:56-64.
40. Zola, I. La medicina como institución de control social. En de la Cuesta Benjumea C. comp. Salud y Enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999.
41. Schraiber L.B. O médico e sua interações: a crise do vínculo de confiança. São Paulo: Hucitec; 2008.
42. Bourdieu, P. El sentido práctico. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2007.