

Los antecedentes de una conquista: transformaciones políticas y normativas en el proceso de legalización del aborto en Argentina

The antecedents of a conquest: political and normative transformations in the process of legalizing abortion in Argentina

Sandra Salomé Fernández Vázquez*

Resumen

En el presente artículo, se analizan las transformaciones políticas y normativas que antecedieron a la ley 27610, que despenalizó y legalizó el aborto a partir de diciembre de 2020. El análisis se centra en las transformaciones que se dieron en tres ámbitos: en primer lugar, la normas jurídicas, cuyas transformaciones fueron producto de la judicialización de casos de aborto no punible; en segundo lugar, las decisiones políticas, que si bien podría remitir a una variedad de cuestiones, en este trabajo, el foco está puesto en la procedimentalización de las excepciones a la penalización del aborto contempladas en el Código Penal de 1921 – en la versión previa a las modificaciones que implica la ley 27610–; y las prácticas burocráticas, que remiten a las acciones de los/las profesionales de la salud encaminadas a garantizar el acceso al aborto. Estas transformaciones, que fueron producto de la incidencia de los feminismos en el Estado, constituyen los antecedentes necesarios en el proceso de legalización del aborto que arriba en diciembre de 2020 a la Ley 27610.

Palabras clave: aborto- políticas públicas– judicialización – consejerías pre y post aborto

Abstract

In this paper, I analyze the political and regulatory transformations that preceded Act 27610, which decriminalized and legalized abortion since December 2020. The analysis focuses on the transformations that took place in three areas: firstly, on legal provisions, whose transformations were the result of the juridification of non-punishable abortion cases; secondly, on political decisions that could refer to a variety of issues, although in this work the focus is put on the proceduralization of the exceptions to the criminalization of abortion included in the 1921 Penal Code (that is, in the version prior to the modifications introduced by Act27610); and thirdly on bureaucratic practices, which refer to the healthcare professionals' actions aimed at guaranteeing access to abortion. These transformations were the result of the incidence of feminism movements on the State and they constitute the necessary background in the process of abortion legalization though Act 27610, passed in December 2020.

Keywords: abortion public policy – Juridification – pre- and post- abortion counselling

* Universidad Nacional de Avellaneda. Correo electrónico: sandrasalo.fernandez@gmail.com

Recibido: 13/07/2021 Aceptado: 29/10/2021 Publicado: 08/04/2022

<https://doi.org/10.24215/18522971e096>

Introducción: el derecho al aborto como proceso

La conquista del 30 de diciembre de 2020, la ley 27610, fue sin duda una gesta colectiva, cuyo proceso ha sido largo y arduo. No solamente en lo que respecta a la disputa legislativa por la aprobación de una ley que garantizase el acceso al aborto sin condicionantes, sino por otro tipo de disputas que se han dado en paralelo y por fuera del hemiciclo parlamentario y que han sido probablemente condición *sine qua non* para esa conquista. Además de la despenalización social, que empieza a ser evidente a partir de las multitudinarias movilizaciones y *pañuelazos* de 2018¹, otro proceso ha sido significativo en la conquista del derecho al aborto: el proceso paulatino de resignificación del aborto como un derecho, aun bajo un contexto legal restrictivo, que permitió la implementación de políticas públicas de aborto. Este proceso fue producto de la intervención de los feminismos en diversos ámbitos del Estado.

Con anterioridad a la ley 27610, en Argentina, el aborto estaba despenalizado por causales. El Código Penal de 1921, a pesar de tipificar el aborto como un delito, permitía la práctica bajo dos excepciones –las mismas que siguen vigentes para los abortos que se producen después de la semana catorce de gestación–, a saber: la causal violación y la causal salud. Sin embargo, la prohibición total del aborto se institucionalizó como una norma informal (Bergallo, 2014) durante gran parte del siglo XX, sin que hubiese acceso a la práctica bajo estas causales de no punibilidad. Desde el segundo lustro de los años dos mil, se produjo una transición paulatina desde este modelo de interpretación prohibicionista hacia un modelo más permisivo. Esta transición se caracterizó por basarse en una combinación de judicialización, de la que el fallo F.,A.L.(CSJN, 2012) es el resultado más relevante, procedimentalización, a través de guías técnicas del Ministerio de Salud de la Nación, e implementación por parte de los/las profesionales de la salud de diferentes modalidades de políticas públicas que, de un modo u otro, garantizaron el acceso a los abortos seguros (Fernández, 2018 y 2020). Es decir, las transformaciones que dieron lugar a esta transición se dieron en tres ámbitos: las normas jurídicas, las decisiones políticas y las prácticas burocráticas. Si bien no se puede establecer una relación lineal de causa y efecto, entre las transformaciones que se han producido en los tres ámbitos, ha habido una sinergia: la institucionalización de una interpretación más

¹ Durante el año 2018, en el que se produce por primera vez la discusión parlamentaria del proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo y éste alcanza la media sanción en la Cámara de Diputados – aunque fue rechazado en la de Senadores –, se producen masivas movilizaciones a favor del aborto y el debate público sobre la práctica impregna todos los ámbitos, los medios de comunicación masiva, los espacios políticos, las instituciones y la cotidianidad de las personas. En ese año, se producen numerosos *pañuelazos*, actos en los que se convoca a elevar los pañuelos de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito para visibilizar el apoyo a ésta.

permisiva del régimen de causales, a través de la judicialización y la procedimentalización, han habilitado transformaciones en las prácticas burocráticas, al mismo tiempo que éstas han tensionado las normas jurídicas y las acciones del poder ejecutivo, con el fin de ampliar y legitimar esas prácticas.

Las transformaciones que se han dado en los tres planos han tenido un actor clave: los feminismos, que a través de distintas estrategias – la movilización legal para promover modificaciones en la interpretación de las normas y la injerencia de *femócratas*, feministas estatales o *insider activists* (McReynolds, 2017)– han logrado institucionalizar un marco de interpretación del régimen de despenalización por causales acorde a sus demandas.

El objetivo de este trabajo es analizar y describir las transformaciones previas a la aprobación de la ley que despenalizó y legalizó el aborto en Argentina, partiendo de dos cuestiones subyacentes: por una parte, la conquista del derecho al aborto como un proceso paulatino caracterizado por la sucesión de diferentes avances; y, por otra parte, la incidencia transversal de los feminismos en el Estado para lograr esos avances.

El artículo se estructura en tres subapartados principales, que responden a los ámbitos en los que se han producido las transformaciones: en primer lugar, tras una breve descripción de los aspectos metodológicos, en “Judicialización: el derecho al aborto “por otros medios”, se analizan las principales transformaciones en el ámbito normativo producidas por la judicialización de casos de aborto no punible; en segundo lugar, en “Procedimentalización política: más allá de definiciones técnicas”, se estudia el proceso de redefinición del estatus legal del aborto a partir de las guías sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación; en tercer lugar, “Las prácticas burocráticas: los/las profesionales de la salud moviendo los límites de la legalidad vigente”, a partir de los relatos de profesionales de la salud del Área Metropolitana de Buenos Aires entrevistados en el marco de una investigación previa (Fernández, 2018 y 2020), se analizan las transformaciones en este ámbito. En las “Conclusiones”, además de recuperar brevemente el análisis de las transformaciones en estos tres ámbitos, se alude al rol de los feminismos en éstas y en las transformaciones posteriores que tuvieron como principal hito la aprobación de la ley 27610 en diciembre de 2020.

Especificaciones metodológicas

Este artículo es fruto de mi investigación (2018 y 2020). Los resultados son producto del análisis de datos recolectados mediante dos técnicas: por una parte, el análisis de los documentos institucionales que definían el estatus normativo del aborto en el contexto previo

a la Ley 27610; y por otra parte, veintiséis entrevistas semiestructuradas realizadas, entre diciembre de 2014 y diciembre de 2017, a profesionales de la salud que, en el momento de la entrevista, intervenían en la implementación de las políticas públicas de aborto, así como una entrevista grupal a un equipo de salud de atención primaria, que realizaba consejerías². La selección de los/las entrevistados se llevó a cabo mediante un muestreo intencional o de conveniencia, en el que el criterio de selección fue que se tratase de profesionales de la salud que estuviesen realizando consejerías en aborto y/o garantizando el acceso a las interrupciones legales del embarazo. En todas las entrevistas se leyó una hoja de consentimiento informado, los/las entrevistados/as prestaron consentimiento a la realización y registro de audio de la misma, excepto en un caso, y se asumió el compromiso de garantizar la confidencialidad de los/las entrevistados/as así como sus pertenencias institucionales.

La distribución de los/las profesionales de la salud entrevistados/as según especialidad fue la siguiente: diecisiete médicos/as generalistas, cuatro ginecólogos/as, una psicóloga, dos trabajadoras sociales, una pediatra hebiatra y una socióloga. En el momento de la entrevista, todos/as se desempeñaban principalmente o exclusivamente en diferentes servicios de atención del sistema público de salud en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Excepto los/las ginecólogos y la pediatra-hebiatra, todos/as los/as demás entrevistados/as se desempeñaban en servicios de atención primaria. De los/las ginecólogos/as, tres de ellos/as, al igual que la pediatra-hebiatra, eran parte de los servicios de adolescencia de tres hospitales del Área Metropolitana de Buenos Aires en los que, en el momento de la entrevista, se llevaban a cabo consejerías pre y post aborto. El ginecólogo restante se desempeñaba en el servicio de maternidad de un efector del segundo nivel de atención del AMBA. Asimismo, alguno/a de los/as entrevistados/as compaginaba su trabajo en el sistema público de salud con la prestación de servicios (retribuida) en una conocida fundación destinada a promover los derechos sexuales y (no) reproductivos y el acceso a la salud sexual de los/as adolescentes.

Judicialización: el derecho al aborto “por otros medios”

En los últimos años ha habido un creciente interés, por la judicialización de la política, un fenómeno que se manifiesta en la intervención de las cortes y las judicaturas en la redefinición de las políticas públicas y en el aumento del recurso a los procedimientos judiciales ordinarios para la resolución de demandas sociales y políticas (Smulovitz, 2008). Catalina Smulovitz

² La entrevista grupal no había sido planificada inicialmente, sino que, al acudir al centro de atención primaria al que pertenece el equipo, con el objetivo de entrevistar a una médica generalista, varias profesionales parte del equipo me propusieron participar de la misma.

(2008) ha definido el fenómeno de la judicialización como “la política por otros medios”, en la que el escenario judicial se ha convertido en un nuevo espacio para la negociación política, que ha permitido que actores minoritarios obtengan mejores resultados que en la agregación de intereses en la arena política (Gargarella et al. 2006; Smulovitz, 2008; Gloppen, 2013; Epp, 2013). Por consiguiente, la movilización legal, el litigio estratégico enmarcado en una acción colectiva, se ha convertido en una estrategia cada vez más recurrente por parte de los movimientos sociales que interactúan con el campo jurídico con el objetivo de influir en un cambio legal (Rubial, 2014).

En Argentina, la judicialización con respecto al aborto se ha orientado en dos sentidos contrapuestos: por una parte, a la exigencia de cumplimiento y garantía de las indicaciones o causales de no punibilidad contempladas en el Código Penal Argentino, frente a situaciones de obstaculización en el acceso a los abortos no punibles; y por otra parte, también se ha orientado a la impugnación de la constitucionalidad de esas indicaciones y de las resoluciones judiciales que indicaban que éstas eran de aplicabilidad inmediata, sin la necesidad de que lo autorice un juez (González Prado, 2018). Sin embargo, a pesar de los intentos por parte de los grupos *antiderechos*³ por imponer la penalización total del aborto, la judicialización generó un proceso gradual de liberalización del aborto que, en lo jurídico, concluye con el fallo F.,A.L. de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en 2012. Este fallo habilitó además la procedimentalización de los ANP/ILE a través de una guía sanitaria, *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo* (Ministerio de Salud de Nación, 2015), que se convierte en la legitimación institucional de la transición a la implementación de las ILE.

En el mencionado fallo F.,A.L.(2012), la Corte Suprema de Justicia de la Nación sienta jurisprudencia a partir del fallo que limita las discusiones sobre el alcance de las causales en las que el aborto está despenalizado en Argentina. En este fallo, la CSJN señala que el aborto no connota delito cuando exista riesgo para la salud o la vida de la persona gestante⁴ y en todos los casos de violación. En estos casos no es necesaria una denuncia, basta con la

³ El término *antiderechos*, para referir a los sectores conservadores contrarios al aborto y al ejercicio de otros derechos sexuales y (no) reproductivos, ha sido utilizado en Argentina y en otros países para remitir a los grupos que antes eran denominados provida. Desde los feminismos, el uso deliberado de este concepto remite a un posicionamiento: considerar que quienes se oponen al aborto no están a favor de la vida, sino en contra de los derechos de las personas gestantes.

⁴ El uso de la expresión personas gestantes o gestantes remite a la necesidad de visibilizar que en el reclamo por el derecho al aborto y en la práctica existen otras identidades políticas, además de las mujeres, significativo que refiere principalmente a mujeres cis heterosexuales. Sin embargo, se mantiene el uso de la categoría mujeres en las citas textuales de los/las entrevistados/as y en las referencias a los aportes de otros/as autores/as que sostienen esa categoría.

declaración jurada de la persona gestante. Asimismo, la CSJN prohíbe la judicialización y la obstaculización por parte de los servicios de salud a los abortos no punibles.

La judicialización fue una estrategia viable en el reclamo por el acceso a los abortos no punibles debido a diversos factores: por una parte, factores de naturaleza institucional, que refieren a elementos que pueden modificar la estructura de oportunidades para la judicialización, como la constitucionalización de los Tratados de Derechos Humanos o la introducción de innovaciones procesales como el amparo colectivo a partir de la reforma constitucional de 1994⁵; y otros factores referidos a las estrategias que han llevado a cabo los feminismos en la lucha por el derecho al aborto, la movilización legal y su rol *jurisgenerativo*. En el caso del aborto, además de la constitucionalización de los tratados internacionales de derechos humanos, un factor clave en el aumento de la judicialización ha sido la existencia de una “estructura de sostén de la movilización legal” (Epp, 2013), compuesta por abogados/as y organizaciones defensoras de los derechos humanos, en el caso del aborto, centradas en los derechos sexuales y (no) reproductivos, así como las fuentes de financiamiento necesarias para el litigio estratégico. Católicas por el Derecho a Decidir, el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (en adelante, ELA), el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, de Rosario (en adelante, INSGENAR) o el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (en adelante, CLADEM), organizaciones enfocadas en los derechos sexuales y (no) reproductivos y las violencias de género, han sido el baluarte de esta estructura de sostén de la movilización legal. Asimismo, a partir del segundo lustro de los años dos mil, otras organizaciones con experiencia en el litigio estratégico y larga trayectoria en el ámbito de los derechos humanos en el ámbito nacional, como el Centro de Estudios Legales y Sociales (en adelante, CELS), y en el ámbito internacional, como Amnistía Internacional, incluyeron en sus agendas el aborto y otros derechos sexuales y (no) reproductivos.

En efecto, estas organizaciones y , en la mayoría de los casos de un modo articulado, han sido quienes han iniciado los litigios o presentado *amicus curiae* ante el incumplimiento de los ANP/ILE, e inclusive han llevado su incidencia frente a organismos internacionales, como el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas o la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), frente a los que han presentado informes sombra para denunciar la vulneración de esos tratados por parte del Estado argentino.

⁵ Como se verá a continuación, que los Tratados Internacionales de Derechos Humanos adquiriesen jerarquía constitucional y la introducción de estas innovaciones, fue lo que permitió que diversas organizaciones de la sociedad civil judicializasen e incluso llevasen al ámbito internacional casos de incumplimiento de los ANP/ILE por parte del Estado argentino.

La movilización legal por parte de estas organizaciones ha sido crucial tanto en la exigencia del cumplimiento de los ANP/ILE como en la instalación de una interpretación más permisiva del régimen de causales del Código Penal. Los feminismos en la lucha por el derecho al aborto, además de las otras formas de movilización más tradicionales de los movimientos sociales, han llevado a cabo diferentes estrategias legales, a saber: la apropiación de un lenguaje de derechos en la enunciación de sus reclamos; el recurso a las Cortes como ámbito en los que presentar sus demandas y la asunción de un “rol jurisgenerativo” (Ruibal, 2015, p. 180), al aportar conceptos e interpretaciones jurídicas sobre el derecho al aborto. Es decir, entre sus estrategias como movimiento social, los feminismos han recurrido a la movilización legal en la persecución de sus objetivos. Ruibal señala que

[...] la movilización legal incluye las acciones de litigio y judicialización, pero también, de manera más general, el uso del lenguaje de los derechos por parte de los movimientos sociales y el encuadre de sus reclamos a través de marcos discursivos que incorporan e interpretan conceptos legales (Ruibal, 2015, p. 182)

Así, los argumentos esgrimidos por los feminismos en el reclamo por el derecho al aborto se han visto permeados por el lenguaje de los derechos, desde la propia enunciación del aborto como un derecho, cuyo sustento deriva de otros derechos y principios consagrados en la Constitución y en tratados internacionales, como la igualdad, la no discriminación o la autodeterminación. Asimismo, la exigencia del cumplimiento de las causales de no punibilidad del Código Penal, a través de la judicialización de casos concretos, o la divulgación del régimen de causales para contrarrestar el efecto de la institucionalización de la penalización total del aborto como norma informal (Bergallo, 2014), son parte de esta movilización legal. Sin embargo, el elemento más novedoso de la movilización legal llevada a cabo por los feminismos por el derecho al aborto será la *jurisgénesis*, es decir, la creación de nuevos conceptos e interpretaciones jurídicas de las causales de no punibilidad, como la resignificación de los abortos no punibles (ANP) como interrupciones legales del embarazo (ILE) y la introducción de la causal salud *ampliada* o integral, que se institucionalizan a través de una guía sanitaria.

Procedimentalización política: más allá de definiciones técnicas

La procedimentalización es la definición técnica de estándares con respecto a una determinada práctica médica. Esta definición por parte de las autoridades sanitarias de un país, que suele ir acompañada de una resolución ministerial, implica la normalización de las prácticas de los/las profesionales. Sin embargo, en el análisis que propongo, la procedimentalización de

los abortos permitidos en el Código Penal no fue exclusivamente técnica, sino política. Igual que la judicialización de los abortos no punibles implicó una redefinición normativa, la procedimentalización contribuyó a la institucionalización de una interpretación más amplia de las causales de no punibilidad.

A mediados de la primera década de los años dos mil, en los países de América Latina en los que el aborto estaba –y sigue estando, excepto en Uruguay– penalizado por causales, las interpretaciones de estas excepciones fueron definidas a través de guías sanitarias orientadas a la procedimentalización de las prácticas de los profesionales de la salud. En general, esta procedimentalización abrió el camino hacia una mayor liberalización en la regulación de los abortos, al establecer en documentos institucionales una interpretación más amplia de las causales de no punibilidad (Bergallo, 2018). Según Paola Bergallo, en Argentina, el giro procedimental fue la herramienta para dismantlar la norma informal que establecía la prohibición total del aborto a pesar de las excepciones del Código Penal Argentino y que se había institucionalizado debido a la presión de grupos conservadores. En esta procedimentalización hubo tres factores clave, a saber: 1) las órdenes judiciales que reconocieron el derecho al aborto no punible en los casos litigados de lo que en el apartado anterior se definió como la estrategia de judicialización; 2) las recomendaciones de los comités de monitoreo de tratados internacionales de derechos humanos frente a los que se presentaron casos contra la Argentina; y 3) la aprobación de protocolos provinciales para la regulación de los ANP (Bergallo, 2014).

El inicio de la procedimentalización de los abortos no punibles (ANP) es previa al fallo F., A.L. de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Sin embargo, lejos de ser un proceso lineal, de ampliación paulatina del acceso a los ANP, se caracterizó por la disputa constante entre actores y grupos conservadores y progresistas: mientras los primeros estaban abocados a sostener la norma informal de la prohibición total, los/las segundos/as, se orientaron al desarrollo de iniciativas para garantizar el acceso a los abortos permitidos en el régimen de causales contemplado en el Código Penal. Paola Bergallo (2014) identifica tres etapas en el proceso de procedimentalización: la primera, caracterizada por la adopción de reglas procesales simples que apenas fueron implementadas; en la segunda etapa, las nuevas guías se sostuvieron sobre el discurso de derechos humanos y se avanzó en su implementación desde el sistema de salud; y la tercera, aquella que se inicia tras el fallo F.,A.L. y que, además de los protocolos provinciales adaptados a esta sentencia, tiene como resultado el *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo* de abril de 2015.

La primera *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles* fue publicada en octubre de 2007, momento en el que el Dr. Ginés González García era Ministro de Salud de la Nación y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (en adelante, PNSSyPR) estaba bajo la coordinación de Valeria Isla. Esta primera versión de la Guía tuvo una corta vigencia porque, meses después, quien fuera su impulsor, Ginés González García dejaba el cargo de Ministro de Salud tras las elecciones presidenciales en las que Cristina Fernández de Kirchner asumiría como presidenta. La Ministra de Salud designada por la nueva presidenta fue Graciela Ocaña⁶, que supuso un retroceso en el giro procedimental que se había iniciado con la Guía Técnica.

El segundo intento de procedimentalización de los ANP a nivel nacional se produjo en 2010, en gran medida, gracias a la iniciativa de la coordinadora del PNSSyPR en ese momento, Paula Ferro, quien impulsó una revisión de la guía técnica de 2007. Esa revisión incluyó un prólogo, en el que se señala la obligación del Estado de “garantizar el ejercicio real y efectivo de ese derecho”. Esta guía correría una suerte similar a su versión de 2007: después de que el texto trascendiese a los medios, el Ministro de Salud de ese momento, Juan Luis Manzur, se negaría a aprobarla mediante resolución ministerial y, además, declarararía que no estaba entre los objetivos de su ministerio la regulación de la aplicación del artículo 86 del Código Penal. Vigente, pero sin el apoyo institucional necesario, su implementación siguió siendo reducida y arbitraria.

Tanto la Guía Técnica de 2007, como su revisión de 2010, justifican el acceso a los abortos no punibles aludiendo no solamente al Código Penal de 1921, sino también a la Constitución y a los tratados de derechos humanos, que tienen jerarquía constitucional. Ambas guías confieren un importante poder a los/las médicos/as. Son éstos/as quienes deben constatar la existencia de alguna de las causales. Sin embargo, entre la primera versión y la segunda, hubo una modificación relevante en lo que atañe a la causal violación. Mientras la primera exigía que “para la constatación de los casos de violación [...] el médico tratante deberá pedir que se le exhiba constancia de la denuncia policial o judicial de la violación”, en su versión de 2010, la denuncia no es obligatoria, sino que en su defecto la mujer puede presentar una declaración jurada, cuyo modelo se incluye en los anexos de esa misma guía. Asimismo, la revisión de 2010 incluye el principio de “no judicialización”, que supone que “es competencia exclusiva de los médicos tratantes decidir si el caso encuadra en las previsiones de no

⁶ En 2007, pocas semanas después de asumir como Ministra de Salud, Graciela Ocaña declaró que el aborto era “un tema de política criminal” y que no era materia de su ministerio.

punibilidad contempladas en el Código Penal” (Ministerio de Salud Nacional, 2010) y no debe delegarse en el sistema judicial esta definición.

En abril de 2015, se publicó una nueva revisión de la guía técnica de ANP: el *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo* (en adelante, Protocolo de ILE). Esta nueva publicación se produjo mientras el Dr. Daniel Gollán era ministro de salud y la Dra. Adriana Álvarez, coordinadora del PNSSyPR. Si bien en la información correspondiente a esta edición, se define la publicación como una revisión de la guía técnica anterior, esta nueva versión presenta importantes diferencias, que son más que una actualización de la información médica, bioética y legal, dado que implica una resignificación de las causales de no punibilidad y la legitimación de una exégesis más amplia de éstas.

La resignificación de las causales de *no punibilidad* como interrupciones *legales* del embarazo, supone un nuevo posicionamiento del Estado frente al aborto y una mayor exigibilidad de esta práctica. Es decir, este giro semántico supone que, en las circunstancias contempladas en el CPA, el aborto no sólo no connota delito, sino que además el Estado debe garantizar su práctica.

Además de la resignificación mencionada, este Protocolo propone “pautas para identificar” la causal salud que pueden sintetizarse en los siguientes principios: 1) el principio de integralidad, que refiere a incorporar a la definición de salud las dimensiones física, mental y social, retomando la noción de salud de la OMS (1948); 2) el concepto de riesgo como probabilidad de ocurrencia, que no requiere la constatación de una patología o afección; 3) el principio de autonomía, que exige que sea la gestante quien defina “qué tipo de peligro [riesgo] está dispuesta a correr”. Con respecto al inciso 2 del artículo 86, el que refiere a la causal violación, el protocolo de ILE retoma los preceptos enunciados ya en el fallo F.,A.L. Así, este protocolo señala que la solicitud de cualquier acreditación o dictamen que exceda la declaración jurada, no sólo es una práctica burocrática dilatoria que vulnera el acceso a un derecho, sino que además encubre “la denegación ilegal del aborto” (Ministerio de Salud, 2015, p. 18). Por otra parte, el protocolo reconoce la violación como una forma de violencia de género que puede perpetrarse en contextos de relaciones de pareja.

El Protocolo de ILE sufrió los mismos embates que las guías técnicas previas y fueron los feminismos por el derecho al aborto quienes lo sostuvieron frente a esas embestidas, algunas explícitas y otras tácitas, como la no impresión y difusión en papel del Protocolo por parte del Ministerio de Salud de Nación. En este sentido, FUSA y la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir fueron clave en su difusión e implementación por parte de los equipos de

salud. Además de no obtener el aval de una resolución ministerial⁷, los primeros mil quinientos ejemplares no fueron impresos por el Ministerio de Salud de la Nación, sino que su impresión estuvo a cargo de FUSA, que también había sido parte de la elaboración del protocolo.

Las tensiones con respecto a este protocolo continuaron después del cambio de gestión de diciembre de 2015, tras la victoria en las elecciones presidenciales de Mauricio Macri. En septiembre de 2016, bajo el Ministerio de Jorge Lemus, quien había sostenido públicamente un posicionamiento contrario al aborto mientras era Ministro de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el protocolo fue eliminado temporalmente de la página *web* de la institución. Este hecho trascendió y los reclamos de sectores organizados a favor del derecho al aborto contribuyeron a que el protocolo estuviese visible nuevamente. En el mismo año, en 2016, la Ministra de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Zulma Ortiz, hizo pública la adhesión de esta provincia al Protocolo de ILE. Sin embargo, la gobernadora María Eugenia Vidal, quien también se había manifestado públicamente en contra del aborto, desautorizó esta adhesión. Meses después, Zulma Ortiz renunciaría como ministra provincial. Ramón Michel y Cavallo (2018), sin hacer foco exclusivamente en la Argentina, critican la procedimentalización de los abortos no punibles porque, según las autoras, en la mayoría de los casos se trató de “regulaciones basadas en los médicos”, que surgen bajo un contexto de penalización del aborto, como “normas legales o infralegales que les adjudican [a los médicos] la competencia para determinar cuándo el caso de una mujer califica para un aborto permitido por ley y en qué condiciones se realizará la interrupción del embarazo” (2018, p. 32). Señalan que estas regulaciones, complementarias al derecho penal, están diseñadas para proteger a los médicos de posibles acciones penales en su contra, en lugar de estar encaminadas a garantizar el bienestar de las mujeres. Así, las regulaciones procedimentales pueden convertir a los médicos en custodios de la penalización o en “guardianes sanitarios del derecho al aborto” (Ramón Michel y Cavallo, 2018, p. 41).

El proceso de procedimentalización de los abortos legales contemplados en el Código Penal Argentino avanzó, a partir del Protocolo de ILE, hacia un mayor reconocimiento de la autonomía de las personas con capacidad de gestar, al establecer que son ellas quienes deben definir qué riesgo están dispuestas a correr. Sin embargo, este protocolo mantuvo un modelo

⁷ Sería la revisión de 2019, que no fue analizada en esta investigación, la primera en obtener el aval de una resolución ministerial. Sin duda, esto fue resultado del proceso que describimos en este artículo, de las movilizaciones de 2018 y de la despenalización social evidenciada tras la media sanción. Posicionarse políticamente a favor del aborto ya no tenía el costo político que durante décadas se le atribuyó.

de regulación basada en los/las médicos/as, ya que a falta de una regulación que le diese fuerza de ley, y sin la despenalización del aborto, siguió otorgando a los/las médicos/as la competencia para definir qué situaciones eran susceptibles de ser definidas como ILE y cuáles no. Además, su implementación, igual que lo señalara Paola Bergallo con respecto a las guías previas, tuvo déficits tanto interpretativos como de aplicación, que han tenido como consecuencia una fuerte arbitrariedad en la certificación de las causales, tanto entre distritos, como entre niveles de atención (primer y segundo nivel), como entre servicios y profesionales. A pesar de las limitaciones de la procedimentalización señaladas por Bergallo (2014; 2018) y Ramón Michel y Cavallo (2018), ésta permitió el cambio de paradigma en aquellos equipos de salud que realizaban consejerías pre y post aborto en el primer nivel de atención del sistema de salud y que, amparados en el Protocolo de ILE, comenzaron a implementar interrupciones legales del embarazo, principalmente bajo la causal salud integral.

Las prácticas burocráticas: los/las profesionales de la salud moviendo los límites de la legalidad vigente

El año 2015 fue un año bisagra en la implementación de los abortos permitidos en el marco legal vigente. Si bien, desde 2012, el fallo F.,A.L. se había convertido en una herramienta de exigibilidad de la práctica del aborto en las situaciones contempladas en el Código Penal Argentino, su implementación estuvo en manos, principalmente, del segundo nivel de atención, mientras el primer nivel de atención realizaba consejerías pre y post aborto bajo el enfoque de reducción de riesgos y daños. Aunque no hay un registro sistemático y accesible de los abortos no punibles realizados entre 2012 y 2015, los/las entrevistados/as coinciden en que, en ese periodo, los abortos que se enmarcaban en los supuestos del Código Penal eran en su mayoría bajo la causal violación y, en menor medida, bajo la causal salud. En los casos de causal salud, rara vez se consideraban las dimensiones psíquica y social, sino que en su mayoría el riesgo para la salud o la vida atendía a cuestiones referidas a la salud física. Sin embargo, desde finales de 2014, al mismo tiempo que se gestaba la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, varios equipos de salud del primer nivel de atención en el AMBA, que hasta ese entonces realizaban consejerías pre y post aborto, comenzaron a implementar abortos bajo las causales de no punibilidad. La práctica de los ANP les había sido casi vedada hasta esa fecha, dado que la mayoría de equipos (o profesionales), cuando en la consejería detectaban una situación que podía ser enmarcada en las causales de no

punibilidad, derivaban ésta al hospital de referencia⁸. Las tensiones entre el primer nivel de atención y el segundo nivel con respecto a la certificación de la causal, que describen gran parte de los/las entrevistados/as, convertían estas derivaciones en conflictivas. Varios/as de los/as entrevistados/as señalan que ante las barreras en este tipo de derivaciones, optaban por sólo derivar las situaciones de violación y aquellas situaciones en las que la causal salud era indiscutible.

Estos equipos de salud, algunos meses antes de la publicación del Protocolo de ILE, comienzan a nombrar la causal salud “ampliada” o integral, que remite a una interpretación menos restrictiva amparada en la definición de salud de la OMS.

A partir de los relatos de los/las entrevistados/as, identifiqué cuatro factores que han incidido en la transición desde el modelo de consejerías pre y post aborto a la implementación de las ILE (Fernández, 2018 y 2020), a saber: 1) la disponibilidad de misoprostol y el conocimiento sobre su uso abortivo; 2) la experiencia acumulada de estos equipos debido a la implementación previa de las consejerías; 3) la mayor organización de los/las profesionales en espacios como la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir; y 4) el fallo F., A.L. y la procedimentalización de las excepciones contempladas en el CPA a través de guías sanitarias, particularmente el Protocolo de ILE de 2015. Los/las profesionales de la salud coinciden en identificar esta transición como una nueva etapa del proceso que se había iniciado con las consejerías y que, paulatinamente, permitió una mayor apertura del régimen de causales. En el proceso de implementación de las ILE, la causal violación, clarificada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación a través de F.,A.L., fue el primer peldaño que permitió el acceso a los ANP, todavía por ese momento nombrado de este modo, en el primer nivel de atención hasta las doce semanas de gestación.

La mayor organización de los/las profesionales, como señalé, ha sido uno de los factores que incidió en la transición hacia la implementación de las ILE. Con anterioridad a la formación y presentación de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, comienzan a gestarse experiencias de articulación entre profesionales de la salud, principalmente del primer nivel de atención del sistema público de salud y de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estas experiencias son iniciativa de los/las profesionales, trabajadores y trabajadoras, que se producen paralelamente a las reuniones que son convocadas desde el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. En una de estas reuniones iniciales, se acuerda

⁸ Una de las razones que aluden varios/as entrevistados/as es que en ese momento sólo el segundo nivel contaba con la medicación (o en su defecto, el instrumental y la capacitación para un aborto quirúrgico) para realizar el aborto sin costos para la persona gestante.

llevar a cabo una acción colectiva para poder garantizar las interrupciones legales del embarazo: el pedido de misoprostol al Programa, argumentando que las situaciones de ILE se pueden resolver en el primer nivel de forma ambulatoria hasta la semana doce de gestación. Si bien inicialmente la provisión de misoprostol era limitada, sentó un precedente en el que ya no quedaban dudas sobre la legitimidad de la implementación de las ILE en el primer nivel de atención.

La transición desde el modelo de consejerías implicó importantes transformaciones en las prácticas de los/las profesionales, reduciendo las barreras en el acceso al aborto bajo las causales de no punibilidad y reduciendo la percepción de riesgo por parte de los/las profesionales. Con la implementación de las ILE, la práctica del aborto abandona la frontera entre lo legítimo y lo ilegal, sobre la que se había sostenido la implementación de las consejerías pre y post aborto bajo el modelo de reducción de riesgos y daños: la legitimación de la intervención técnica en un escenario que considera ilegal el aborto, pero en el que se hace necesario reducir las consecuencias perniciosas de su práctica insegura (López Gómez, 2016). Sin embargo, la implementación de las ILE, basada en la procedimentalización institucionalizada a través de guías sanitarias, no fue generalizada, sino que se produjo en servicios específicos y, en gran medida, como las consejerías previas, debido a la iniciativa de los/las profesionales. En algunos casos con mayor apoyo institucional, como es el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde las ILE se convirtieron en una política pública del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de este distrito, de quien dependía la provisión de misoprostol a los Centros de Salud y Acción Comunitaria (en adelante, CeSAC) del primer nivel de atención donde se practican las ILE.

La transición desde las consejerías pre y post aborto – bajo el modelo de Reducción de riesgos y daños– hacia la implementación de las ILE, en esos mismos dispositivos, fue un proceso de legitimación de las prácticas que los/las profesionales ya venían realizando. Es decir, la implementación de las ILE no implicó una ruptura con el modelo anterior en lo que respecta a la práctica del aborto en sí, al método, al tipo de medicación disponible y a la información que se brinda, sino que se trató de enmarcar esas prácticas en las causales de no punibilidad del Código Penal. Gran parte de las ILE que se producían en ese periodo en el primer nivel de atención, con la excepción de algunos/as profesionales y servicios en los que se hacía aspiración manual endouterina (en adelante, AMEU), eran abortos ambulatorios con medicamentos, para los que sólo se disponía de misoprostol, ya que hasta la fecha no está registrada la mifepristona. La posología del misoprostol, en su uso abortivo, era la misma que se recomendaba en las consejerías pre y post aborto, basada en la guía *Aborto sin riesgos* de

la OMS (2012) y la bibliografía sobre el tema. Por lo tanto, la transición a la implementación de las ILE no implicó transformaciones en los aspectos técnico-médicos, sino en el encuadre legal de la práctica y en la percepción que tenían los/las profesionales de ésta.

La principal transformación que supuso la transición a la implementación de las ILE es el modo en cómo se interpreta la causal salud del artículo 86 del CPA. En este sentido, los/las entrevistados/as señalan que la definición de la OMS, a pesar de las críticas, es una herramienta que permite que el riesgo para la salud pueda ser interpretado de un modo amplio, y no solamente cuando ese riesgo atañe a la salud biológica.

La alusión a la dimensión social de la salud en esta definición ha permitido enmarcar numerosas situaciones de aborto como ILE. Según una de las entrevistadas, al preguntarle por la prevalencia de una u otra causal, señala que “la mayoría son causal salud social, claramente, por la extremada vulnerabilidad de la población que vive en esta zona” (Médica generalista, Zona noroeste del AMBA). Las zonas geográficas donde se emplazan los servicios de salud en los que ejercían los/las profesionales entrevistados/as son barrios periféricos, en los que residen sectores sociales de bajos ingresos. Del mismo modo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, fueron los profesionales de los CeSAC de la zona sur de la ciudad quienes comenzaron a implementar las consejerías pre y post aborto, primero, y las interrupciones legales del embarazo, después. A partir de 2018, con el debate público sobre aborto y la visibilización de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, se sumaron a la implementación numerosos servicios. Sin embargo, en sus inicios estos servicios eran sobre todo de la zona sur de la ciudad, caracterizada por albergar la población con mayor vulnerabilidad socioeconómica.

La noción de riesgo, referido a la causal salud, también ha permitido ampliar las interpretaciones con respecto a ésta. Así, el riesgo, en términos de salud pública, como lo señala el Protocolo de ILE, remite a la probabilidad de ocurrencia de un daño, no a la constatación del mismo. Esta definición también se ha convertido en una herramienta de argumentación para los/las profesionales.

Cuando se habla de causal salud la ley no requiere ni que sea de una intensidad determinada, sino que habla de riesgos, encima. Cuando habla de “riesgo”, el riesgo es una potencialidad de daño. [...] Estando embarazada tenes más riesgos de morirte que no estando embarazada, por más que no tengas ninguna enfermedad [...] Entonces, yo lo que siempre digo, medio en joda, medio en serio, es que si la mayoría de las mujeres estuviesen súper empoderadas y supiesen los riesgos que asumen en un embarazo, te pueden decir “mira, yo leí que científicamente tengo más riesgos de tener una trombosis, una hipertensión post parto y sangrar y morirme en parto que si no tengo

el embarazo”. Y es indiscutible que es verdad, o sea, y ahí ya está el riesgo para la salud. [...] (Médico generalista, atención primaria, Zona Noroeste GBA).

Bajo esta óptica, en la que la definición de salud integral se combina con la noción de riesgo, para los/las profesionales de la salud todas las situaciones de aborto pueden enmarcarse como interrupciones legales del embarazo, dado que el riesgo es “indiscutible” y la afectación de la salud, en alguna de sus dimensiones, también.

Además de la ampliación de la causal salud, la transición de las ILE implicó tres transformaciones significativas que contribuyeron, en palabras de los/las profesionales, a darle mayor calidad a la práctica con respecto a las consejerías pre y post aborto, a saber: 1) la creación de un instrumento de diagnóstico en el que las categorías derivan de las narrativas de las personas que acceden a la consulta, es decir, son éstas quienes definen las razones por las que acceden a una interrupción legal del embarazo; 2) el registro de la práctica, que se realiza en la historia clínica de la paciente, mediante una extensa justificación que incluye argumentos que apelan al CPA y al Protocolo de ILE; 3) menores barreras en el acceso a la medicación, bien porque se entrega gratuitamente a la paciente, o bien porque se facilita la prescripción médica.

Enmarcar una situación de aborto como ILE implica una estrategia argumentativa particular, que no se produce ante otros diagnósticos. Esa argumentación, en la que se alude a criterios jurídicos y no solamente a cuestiones médico-sanitarias, se incluye en la historia clínica de la persona gestante que accede a la interrupción legal del embarazo y se basa en su autodiagnóstico a partir de un instrumento-cuestionario en el que se indaga sobre las circunstancias por las que solicita la ILE. Esta herramienta de diagnóstico, según Julia McReynolds (2017), contribuye al empoderamiento de las mujeres porque son ellas quienes, de forma autónoma, toman decisiones sobre su salud y su vida. El instrumento-cuestionario incluye un amplio abanico de situaciones que pueden describir el estado biofísico, social y mental en el que las mujeres atraviesan el embarazo que pretenden interrumpir. A los/las profesionales, esta herramienta les permitió desdeñar el rol que el régimen de causales y las regulaciones basadas en los médicos les pretendían atribuir: el rol de establecer una jerarquía entre causales, en el que deciden qué situaciones son susceptibles de ser enmarcadas como ILE y cuáles no. Sin embargo, en las intervenciones en el segundo trimestre de gestación – y sobre todo en edades gestacionales avanzadas–, la derivación al segundo nivel, y la necesaria negociación con los/las colegas de éste, implicaba distinguir entre causales de mayor y menor complejidad.

La transición desde el modelo de consejerías hacia la implementación de las ILE en el primer nivel de atención supuso un aumento exponencial del número de abortos que han sido enmarcados en las causales de no punibilidad. En una entrevista realizada a una médica ginecóloga de un hospital público de la Zona Sur del Gran Buenos Aires, referente en las derivaciones de ANP/ILE de la Región Sanitaria Sexta, ésta señalaba que en sus 20 años de experiencia trabajando en el hospital, antes de 2012 no habían tenido ningún ANP y, en apenas dos años, en 2014, la cifra había ascendido a catorce. Sin embargo, el gran salto cuantitativo se produce a partir de 2015, momento en el que las interrupciones legales del embarazo comienzan a implementarse en el primer nivel de atención bajo el marco de la causal salud integral. Si bien no hay estadísticas oficiales y accesibles para la Provincia de Buenos Aires, los datos del informe *Respuesta en Interrupción Legal del Embarazo. 1^{er} Semestre 2018*, de la Coordinación de Salud Sexual, SIDA e ITS de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y los/las profesionales entrevistados/as coinciden en este aumento exponencial. Según este informe, mientras en 2014, del total de abortos enmarcados en los supuestos del Código Penal, el 89% se realizaban en el segundo nivel de atención y el 11% restante en los CeSAC, para el 2017, estos porcentajes se habían revertido, ya que en ese año el 84% correspondía a prácticas realizadas en el primer nivel de atención, frente al 16% del segundo nivel. Sin embargo, que estos porcentajes se hayan invertido no se debió a que en el segundo nivel –en los hospitales– haya habido un menor acceso a las interrupciones legales del embarazo en cifras absolutas, sino que, en los CeSAC, estas cifras aumentaron exponencialmente. Mientras en 2014 se habían registrado 91 abortos no punibles, de los cuales sólo 10 se habían realizado en el primer nivel de atención, en 2017, esta cifra había ascendido a 1893, de los cuales 1563 se habían realizado en el primer nivel de atención y 330 en el segundo nivel. Es decir, en cifras absolutas, el número de interrupciones legales del embarazo también aumentó considerablemente en el segundo nivel.

Conclusiones

La despenalización y legalización del aborto que se produce en diciembre de 2020 es una gesta colectiva de los feminismos, que se ha ido construyendo desde hace décadas en las calles, en las organizaciones y, más recientemente, en las instituciones. Las estrategias de los feminismos han sido diversas: desde la recogida de firmas en la esquina del Congreso de la Nación, hasta la movilización legal y el litigio estratégico, pasando por la implementación de políticas públicas como las consejerías pre y post aborto en los servicios de salud. La

injerencia de los feminismos en distintas esferas del Estado ha sido imprescindible para las transformaciones que en el acceso al aborto se han producido en Argentina.

En este trabajo, analizo y describo una pequeña parte de la historia de esas disputas y de las transformaciones a las que dieron lugar. En concreto, analizo cómo, sin que haya habido un cambio en el texto del Código Penal de 1921, se produjo la transición desde un modelo de interpretación prohibicionista a un modelo de interpretación más permisivo. Esa transición se debió a las transformaciones en tres ámbitos: las normas jurídicas, a través de la judicialización de abortos no punibles por parte de organizaciones feministas profesionalizadas compuestas principalmente por abogadas; las decisiones políticas, a través de la procedimentalización de las causales de no punibilidad contempladas en el Código Penal, transformaciones que también han sido resultado de la incidencia de *femócratas* –feministas que ocupan cargos de decisión política en el Gobierno o la Administración–; y las prácticas burocráticas, que remite a la implementación de políticas públicas encaminadas a garantizar el acceso al aborto seguro, primero mediante las consejerías pre y post aborto y, después, las interrupciones legales del embarazo.

En este proceso de transición, han sido efectivos en la introducción de un marco de interpretación del aborto acorde a sus demandas. Su rol jurisprudencial ha sido crucial en la concatenación de reinterpretaciones con respecto a la legalidad vigente: del aborto como un delito inexcusable a los abortos no punibles; de los ANP a las interrupciones legales del embarazo; y, en definitiva, del delito al derecho exigible y al deber del Estado de garantizarlo.

Referencias

- Ansolabehere, K.(2009). Oportunidades y Decisiones: la judicialización del aborto en perspectiva comparada. SELA (Seminario en Latinoamérica de Teoría Constitucional y Política) Papers. *Paper* 77. Disponible en: http://digitalcommons.law.yale.edu/yls_sela/77.
- Bergallo, P.(2014). The struggle against informal rules on abortion in Argentine. En Cook, R., Erdman, J. y Dickens, B. (ed.) *Abortion Law in Transnational Perspective. Cases and Controversies*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bergallo, P.(2018) Del fracaso del giro procedimental a la inviabilidad del modelo de causales. En Bergallo, P., Jaramillo Sierra, I. C. y Vaggione, J. M. (comp.) *El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

- Coordinación de Salud Sexual, SIDA e ITS (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). *Respuesta en Interrupción Legal del Embarazo. 1^{er} Semestre 2018*.
- 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> (Fecha de consulta: 6/10/2021).
- Epp, Ch.(2013) *La revolución de los derechos. Abogados, activistas y cortes supremas en perspectiva comparada*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Fernández, S.(2018) Políticas públicas de aborto en transición: de las consejerías pre y post aborto a las interrupciones legales del embarazo en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Revista de Bioética y Derecho*, (43), 145-160.
- Fernández, S.(2020). *Políticas difusas de aborto en contextos de legalidad restrictiva: del modelo de consejerías pre y post aborto a las interrupciones legales del embarazo en el Área Metropolitana de Buenos Aires (2007-2017)*. Tesis Doctoral. FSOC-UBA.
- Gargarella, R.; Domingo, P. y Roux, T.(2006). *Courts and social transformation: an institutional voice for the poor?* London: Ashgate.
- Gloppen, S.(2013). La lucha por los derechos de la salud. Marco de análisis. En Yamin, A. E. y Gloppen, S. (coord.) *La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?*, Buenos Aires: Siglo XXI Editores, pp. 31-55.
- López Gómez, A.(2016). Tensiones entre lo (i) legal y lo (i) legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto. *Salud Colectiva*, 12(1).
- McReynolds-Pérez, J.(2017). Abortion as empowerment: reproductive rights activism in a legally restricted context. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(2), 350.
- Ramón Michel, A. y Cavallo, M. (2018) El principio de legalidad y las regulaciones de aborto basadas en los médicos. En Bergallo, P., Jaramillo Sierra, I. C. y Vaggione, J. M. (comp.) *El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Ruibal, A.(2015). Movilización y contra-movilización legal: Propuesta para su análisis en América Latina. *Política y gobierno*, 22(1), 175-198.
- Smulovitz, C. (2008).La política por otros medios. Judicialización y movilización legal en la Argentina. *Desarrollo Económico*, 48(190/191), 287-305.