

# **El concepto de autonomía en las regulaciones sobre Interrupción Legal del Embarazo en Chubut. Lecturas sobre normativas y políticas públicas a 10 años del fallo FAL.**

Lucila Martínez Minicucci.

Cita:

Lucila Martínez Minicucci (2021). *El concepto de autonomía en las regulaciones sobre Interrupción Legal del Embarazo en Chubut. Lecturas sobre normativas y políticas públicas a 10 años del fallo FAL. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-074/2>

## XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales UBA.

### PONENCIA 495 | El concepto de autonomía en las regulaciones sobre Interrupción Legal del Embarazo en Chubut. Lecturas sobre normativas y políticas públicas a 10 años del fallo FAL<sup>1</sup>

---

**Lucila Martínez Minicucci** (Universidad del Chubut) - [lmartinezminicucci@gmail.com](mailto:lmartinezminicucci@gmail.com)

**Resumen.** El presente trabajo tiene como objetivo comprender los modos en que la autonomía, como uno de los principios que orientan toda normativa en materia de derechos sexuales y reproductivos, se expresa de modo legal y se vuelve operativo en materia de políticas públicas. En particular, nos enfocamos en el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo en la provincia de Chubut a partir de un hito que marcó precedente luego a nivel nacional, y del cual se han cumplido 10 años: el fallo FAL. La autonomía, leída en clave de género, refiere al grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo con su elección, y no es individual sino que depende del grupo social al que se pertenece. Esta consideración del vínculo entre la subjetividad individual y la acción colectiva es fundamental si consideramos una intervención que tienda a modificar los procesos, normativas y estructuras que reproducen la posición subordinada de las mujeres. En este sentido, el camino transcurrido desde 2010 en la provincia permite pensar algunas transformaciones que dan cuenta del proceso de institucionalización de políticas de género, acompañado de cambios en el nivel federal e incluso a nivel global incluida la sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, lo cual impacta en los imaginarios sociales que sostienen prácticas y reglamentaciones.

#### 1. Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo comprender los modos en que la autonomía, como uno de los principios que orientan toda normativa en materia de derechos sexuales y reproductivos, se expresa de modo legal y se vuelve operativo en materia de políticas públicas. En particular, nos enfocamos en el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo en la provincia de Chubut a partir de un hito que marcó precedente luego a nivel nacional, y del cual se han cumplido 10 años: el fallo FAL.

La autonomía, leída en clave de género, refiere al grado de libertad que las mujeres y diversidades sexo-genéricas tienen para poder actuar de acuerdo con su elección y no con la de otros, y no es individual sino que depende del grupo social al que se pertenece. Esta consideración del vínculo entre la subjetividad individual y la acción colectiva es fundamental si consideramos una intervención que tienda a modificar los procesos,

---

<sup>1</sup> Una versión preliminar de este trabajo fue elaborada en el marco de la Maestría de Género, Sociedad y Política de FLACSO para el seminario "Análisis comparado de legislación, políticas públicas e instituciones orientadas hacia el logro de la equidad de género", en noviembre de 2020.

normativas y estructuras que reproducen la posición subordinada de las mujeres. En función de nuestras preguntas, también consideraremos otras reflexiones sobre la autonomía, como las propuestas por Brown (2013) en relación con temas de salud sexual y reproductiva.

En este sentido, el camino transcurrido desde 2010 en la provincia permite pensar algunas transformaciones que dan cuenta del proceso de institucionalización de políticas de género, acompañado de cambios en el nivel federal e incluso a nivel global, lo cual impacta en los imaginarios sociales que sostienen prácticas y reglamentaciones. Otro concepto central en el trabajo será el de ofensiva modernizadora desde abajo, que permite comprender los cambios en las relaciones de poder expresados en el debilitamiento de las reglas y la emergencia de nuevas prácticas sociales, y devela el papel de los sujetos sociales en la introducción de nuevos discursos y reglas sociales (Wagner, 1997).

## **2. El principio de autonomía: el aborto como derecho a decidir**

Para pensar los principios que orientan los derechos humanos relativos a la sexualidad y la reproducción, así como sus tensiones, tomamos a Correa y Petchesky (1994) quienes señalan cuatro criterios fundamentales: integridad corporal, igualdad, respeto por la diversidad y autonomía. Si bien son de algún modo inseparables, abordaremos con fines analíticos la autonomía, moral y legal, como eje para este trabajo. La misma constituye “el derecho a la autodeterminación de cada persona e implica considerar a cada uno y cada una como la principal decisora en materia de reproducción y sexualidad (Jones, 2006).

Jones (2006) recupera una tensión que aquí es relevante entre las responsabilidades públicas y el respeto por la privacidad de las personas. Los feminismos han puesto en cuestión, desde su origen mismo, la distinción entre público y privado evidenciando su carácter liberal y patriarcal. Sin embargo, el paradigma dominante en derechos humanos se asienta sobre esta distinción, y por lo tanto se restringe su eficacia jurídica pues durante mucho tiempo ha omitido intervenir cuando las violencias las ejercen agentes privados. Más aún, es interesante pensar que este clivaje público/privado opera en el plano simbólico, pero en términos operativos los Estados siempre han intervenido regulando las familias, tanto en su vigilancia como en la promoción de algunos modelos en detrimento de otros (Donzelot, 1990; Jelin, 1996).

Las relaciones de poder en el ámbito doméstico se expresan de distintos modos, y podemos identificar como relevantes la apropiación del tiempo de las mujeres, de los productos de su cuerpo, de su sexualidad y del trabajo de cuidado de los hijos e hijas, así como de otros miembros de la familia. En esta línea, una democratización de lo privado en materia de derechos reproductivos tiene un puntor de inflexión con la legalización del aborto y requiere políticas activas de información sobre métodos anticonceptivos y de cuidado.

Esto es relevante porque la autonomía, que muchas veces se concibe como algo personalísimo o meramente subjetivo, sin embargo, sólo puede desarrollarse, alentarse o debilitarse en su construcción con otros, en determinado contexto histórico y social: es decir, siguiendo a Brown (2013), como una dimensión estructural.

El trabajo de Brown (2013) identifica entre los elementos estructurales que operan en detrimento de la autonomía en materia de derechos sexuales y reproductivos los procesos de estigmatización y los condicionamientos político-legales, ambos estrechamente vinculados al aborto. Algo relevante que la autora destaca es que una condición a priori de desventaja, como puede ser el género en una sociedad patriarcal, puede operar favorablemente potenciando los recursos a partir del papel histórico de las mujeres como *pacientes* en el sistema de salud. Las mujeres, afirma la autora, tienen información y conocimientos derivados de la experiencia en el rol que, paradójicamente, facilitan el ejercicio de la autonomía.

Respecto de la dimensión subjetiva, Brown (2013) identifica que estas valoran el vínculo establecido con los y las profesionales médicos y esperan que incluyan en la consulta y evaluación cuestiones referidas a la cotidianidad y a su individualidad. Nuevamente, la capacidad de negociación aparece como algo que podríamos concebir como “privado”. Pecheny (2007) desarrolla cómo, en función de sus recursos, los pacientes dan significado y negocian con los profesionales médicos, aunque las mujeres mayormente identifican frente al aborto una situación de mayor vulnerabilidad.

### **3. El fallo FAL en Chubut: Del Superior Tribunal a la Legislatura**

Partimos de comprender que las instituciones son prácticas sociales históricamente institucionalizadas que se transforman en hábitos y en reglas formales e informales. Es la recurrencia de las acciones de los agentes lo que cristaliza algunas formas y les da estabilidad, sin por ello ser monolíticas ni estar suturadas. Para esta lectura tomamos de la teoría de la estructuración de Giddens (2003) la noción de que simultáneamente las estructuras habilitan y constriñen: son recursos y límites. Guían la acción, pero dan lugar a permanentes transformaciones. En esta línea, también Guzmán y Montaña entienden las instituciones no solo como factores de orden sino también como creaciones de los actores, quienes les dan sentido. “Las reglas, procedimientos, convenciones, roles, estrategias en torno a las cuales se construye la actividad política materializan creencias, paradigmas y códigos culturales” (Guzman y Montaña, 2012, p.16). Siguiendo esta perspectiva abordaremos los marcos normativos para enmarcar la situación de Chubut.

Siguiendo el informe del CELS (2018) podemos rastrear la normativa provincial y algunos antecedentes que colorean el proceso que nos interesa. Comprendemos los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos: esto significa que todas las

personas tienen derecho a tener control respecto de su sexualidad, a decidir sin verse sujetos a coerción, discriminación y/o violencia el número y espaciamiento de sus hijo/as y a disponer de la información, la educación y los medios y alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. La Constitución de Chubut, en particular, garantiza el derecho a la protección de la salud en su art. 18 inc.2, lo cual implica, entre otras obligaciones, asegurar la accesibilidad, universalidad, equidad, adecuación y oportunidad de las mismas, considerando especialmente sectores en situación de riesgo, tal como podemos concebir a las personas que deciden interrumpir un embarazo.

En materia de salud sexual y reproductiva la provincia es pionera, tal como se ve en Petracci y Ramos (2006). La ley 4545 del año 1999 creó el Programa de Salud Sexual y Reproducción con el objeto de promocionar la salud individual y familiar, garantizando el derecho a decidir libre y responsablemente sus pautas, garantizando los medios. Además, la ley prevee entre sus objetivos, en el art.2, la orientación y el asesoramiento a la población; la creación de conciencia pública y promoción de comportamientos respetuosos de los derechos sexuales y reproductivos; la promoción y realización de campañas, así como la capacitación permanente con abordaje interdisciplinario. Estos puntos son relevantes porque van asentando una serie de principios que, entendemos, dan contorno al principio de autonomía en la materia.

Siguiendo el documento del CELS (2018), ya en 2005 la Res. 989 estableció una guía para mejorar la atención post aborto, apuntando a una atención integral y respetuosa, y en 2009 la provincia estableció un protocolo médico-legal para atención de víctimas de delitos contra la integridad sexual. Estos son solo algunos de los antecedentes de la normativa que aquí nos ocupa, que fue la sanción en 2010 de la Ley XV N°14 "Protocolo de Atención a los Abortos No Punibles", previa a la adhesión mediante Res. 422 a la Guía elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación.

El recorrido permite trazar una línea de trabajo que toma como principios los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, y la consideración de los distintos compromisos internacionales se ve expresada no solo en la progresión de los servicios sino en la integralidad con que los mismos se fueron ampliando (CELS, 2018). Estos cambios invitan a pensar que la noción de política pública refiere a las interacciones, alianzas y conflictos entre diferentes actores de carácter público para resolver un problema colectivo definido como tal que requiere de una acción concertada en un marco institucional específico (Hipertexto PRIGEPP Política, 2020, 1.3.3).

Respecto de este punto en particular y de la última norma mencionada, en 2010 se hace pública la situación de una niña que requería la interrupción legal de su embarazo producto de una violación por parte de la pareja de su madre. Las dos primeras instancias judiciales rechazan la práctica, hasta que el fallo del Superior Tribunal de Justicia de Chubut

(F.A.L., 2010) la aprueba, con fecha 8 de marzo, y establece algunos elementos relevantes que marcarán el rumbo posterior. El fallo reitera la importancia de no revictimizar a la niña haciéndola transitar por repetidas instancias de evaluación médica y judicial, y analizando que la normativa vigente y los tratados internacionales priorizan la vida de la mujer y su salud. Este fallo y la inmediata realización de la intervención dieron rápidamente lugar al debate legislativo que terminó en la aprobación de la Ley XV N°14. Siguiendo a Guzman y Montaña (2012), el ciclo de una política implica distintos actores y niveles, y relaciones entre poderes del Estado, un “espacio de la política”, tal como vemos aquí: Judicial, Legislativo y Ejecutivo.

Dicha ley contempla que, para la causal violación no se requiere más que la declaración jurada, evitando que la víctima deba transitar por instancias judiciales y periciales revictimizantes, incluso antes del Fallo de la Corte Suprema de la Nación (2012). Asimismo establece que personas mayores de 14 años pueden consentir la práctica, mientras que si son menores de esa edad deben contar con representante legal. Si bien establece que debe haber una verificación de la causal por el o la profesional interviniente, no indica interconsultas obligatorias.

El recorrido normativo, y esta última ley en particular, marcan un “progresivo reconocimiento de derechos y la mayor preservación de intervenciones estatales sobre la autonomía de la persona para ejercer ese derecho personalísimo” (CELS, 2018, p.23), incluyendo la regulación de las relaciones entre profesionales de la salud y usuarias (como la objeción de conciencia individual y no institucional o las sanciones ante incumplimientos o dilaciones). La existencia de tratados internacionales de derechos humanos sin duda han apuntalado estas normativas, pero la temprana sanción de muchas normativas provinciales parece obedecer en parte a la permanente reivindicación de derechos de distintos actores y colectivos sociales (CELS, 2018) y a la fuerte laicidad de la provincia, en comparación con sus pares del norte argentino. Es en el proceso de interacción en que se configuran las representaciones sobre los problemas, y sus posibles soluciones (Guzmán y Montaña, 2012).

El proceso de institucionalización de género “enlaza dimensiones discursivas sobre el orden de género con la construcción de sistemas interactivos dentro y fuera del Estado en contextos institucionales preestablecidos” (Hipertexto PRIGEPP Políticas, 2020, 3.2). Así se vinculan los actores con marcos interpretativos de la realidad, valores e intereses y simultáneamente se van transformando o construyendo normas y reglas en la acción. En el nivel más profundo de los paradigmas, afirman Guzman y Montaña (2012), las políticas públicas se sustentan en visiones del mundo: estos conocimientos y valores que organizan la vida social. “Los principios básicos de los paradigmas conforman el modo de ver el

mundo e inspiran teorías o modelos que, a la vez, son marcos de referencia para las restantes ideas” (Guzman y Montaña, 2012, p.17).

Estos procesos de desarrollo de políticas públicas tendientes a transformar el orden de género, incluyen entre sus objetivos aquellas políticas orientadas a superar los obstáculos que limitan el ejercicio de la autonomía física, tales como la violencia en todas sus formas, que pone en riesgo su integridad y su posibilidad de tomar decisiones, y políticas orientadas a mejorar la salud reproductiva y el ejercicio de la sexualidad, tal como vemos en el Informe Anual del Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2011). Estas últimas incluyen políticas públicas como la despenalización del aborto, la legislación sobre salud sexual y reproductiva y las políticas sobre mortalidad por motivos vinculados al embarazo y parto, entre otras.

El documento de CEPAL (2018) analiza para América Latina políticas públicas para la igualdad de género orientadas a la autonomía de las mujeres, y que expresan los avances de los Estados en la “politización de lo privado”. Allí se ilumina para Colombia, pero vale para distintos escenarios, como la interrupción voluntaria del embarazo implica desandar las injusticias vinculadas al derecho a la salud, a la equidad de género y a la justicia social, ya que sabemos que tanto en la legalidad como en la clandestinidad las barreras son diferenciales atendiendo otras desventajas estructurales como la clase, la edad o la raza, entre otros. CEPAL (2017) desarrolla, además de los componentes de la política, los mecanismos de monitoreo y difusión de la misma: dos elementos fundamentales que también CELS (2016) contempla a la hora de pensar la accesibilidad, y que son centrales para la autonomía.

#### **4. La política pública de salud como garante de la autonomía**

El acceso a la interrupción de una gestación se constituye como un servicio esencial entre los servicios de salud reproductiva que afectan a las personas con capacidad de gestar en razón de especificidades biológicas, en atención a que sólo ellas necesitan del mismo causando un impacto diferenciado en su salud. Este concepto se ha ido ampliando de las mujeres a las personas gestantes atendiendo al concepto de identidad de género, y a la normativa argentina en la materia. Es importante también considerar los factores interseccionales, tal como indica el Artículo 9 de la Convención de Belém do Pará, que iluminan otros clivajes como la edad, la raza, la clase y la religión, tan importantes si consideramos las definiciones de autonomía antes vistas.

La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado recomendaciones técnicas para una atención en casos de aborto adecuada, oportuna y respetuosa, evitando mayores riesgos y protegiendo la vida y la salud de las mujeres y su derecho a vivir una vida libre de violencias. Esto se sostiene también en la evidencia respecto del modo en que la

interrupción insegura de los embarazos, forzada por la clandestinidad, eleva las tasas de mortalidad materna. Sólo en el año 2013 y a pesar del subregistro existente en las estadísticas, 50 mujeres perdieron la vida al realizarse un aborto clandestino (Ministerio de Salud de la Nación, 2017) El 18% de las llamadas “muertes maternas” son causadas por abortos, siendo ésta la principal causal estadística (CEDES, ELA y REDAAS, 2018).

El texto de la Ley XV N°14 (2010) de Chubut expresa en varios artículos la centralidad de la persona gestante como protagonista de sus decisiones. El Artículo 8° expresa que la interrupción de un embarazo en los casos de aborto no punible, no requiere de autorización judicial siendo la imposición de exigencias adicionales como una violación de derechos y la exposición a incrementar el riesgo para la salud de la persona. Los profesionales de la salud, afirma el artículo 9, deben proveer información a la mujer que solicite el aborto no punible y dar lugar a que la misma pueda realizar todas las preguntas que estime necesarias, especialmente, las mujeres menores de edad y o con alguna restricción de la capacidad deben ser oídas e informadas en el proceso de decisión en el que también participarán las personas que sean sus representantes legales o sistema de apoyos. En consecuencia, la decisión de la mujer, en referencia a la práctica o no del aborto no punible, no debe ser sometida a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas, por parte de los profesionales de la salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad, así como la consulta del profesional con el esposo, conviviente, padre, madre o cualquier otra persona, viola el deber de confidencialidad.

Siguiendo a Amuchastegui Herrera y Flores Perez (2012) quienes analizan el caso mexicano, el proceso de legalización aporta condiciones que transforman de modo radical la experiencia del aborto en una posibilidad que refuerza la construcción de las mujeres como sujetos autónomos con derecho a decidir sobre su cuerpo y su vida. Como contracara, Lamas (2014) remarca el papel que muchos equipos de salud tienen como guardianes o *gatekeepers* de una serie de procedimientos que permitirían a las mujeres alcanzar el control sobre sus procesos (no) reproductivos, anclados en el sistema binario, heteronormativo, cissexista y reproductivo. Diversas investigaciones incluyen esta práctica en el marco de las relaciones de poder entre profesionales de la salud y usuarias (Castro 2010, Brown *et al* 2013): el discurso del poder médico cubre de valor y autoridad técnico científica a apreciaciones de orden ideológico, político, religioso y económico de las mujeres (Castro 2010).

La consideración del aborto como una cuestión de salud pública implica desarrollar estrategias que fortalezcan la autonomía de las mujeres. Son necesarios, en términos de Surel (2008), vínculos entre el sistema simbólico que sustenta la normativa y los modos en que ésta se operacionaliza. La capacitación en una perspectiva que descriminalice la práctica es central para comenzar a transformar los estereotipos vigentes, porque la

legalización no se traduce en la eliminación de barreras en la accesibilidad. El anuario publicado por el Ministerio de Salud, por ejemplo, menciona como línea de trabajo la “Implementación, seguimiento y supervisión de la Atención Integral de los Abortos No Punibles y la atención Post-Aborto y la implementación de la historia clínica para persona en situación de aborto” (Ministerio de Salud Chubut, 2018, p.164).

Como muestra de cierta consolidación del tema en la agenda pública, durante el aislamiento se publicitaron días y horarios de atención de Centros de Atención Primaria incluyendo ILE junto a diabetes, vacunación y controles pediátricos de niño sano, como ejes de atención. Asimismo, se desarrollaron actividades académicas y militantes públicas referidas al tema, con participación de organizaciones idóneas. Por ejemplo, con motivo del 28 de Septiembre, día de Lucha por la Despenalización del Aborto, en Puerto Madryn la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, junto a la colectiva feminista Red de Aborto Legal, y la Cátedra de Género de dicha universidad llevaron adelante un conversatorio donde afirmaron que según sus registros a ese momento del 2020 al menos 100 mujeres que se comunicaron con la línea abortaron en el sistema de salud (Diario El Chubut, 2020).

Hacia fines de 2020, luego del primer intento parlamentario con revés en el senado, se sancionó la Interrupción Voluntaria del Embarazo mediante Ley Nac. N° 27610. En Chubut se encuentra en curso una investigación sobre accesibilidad a la ILE, atendiendo a facilitadores y obstáculos en el ejercicio del derecho. Si bien su universo es previo a la sanción de la Ley Nacional, las perspectivas de usuarias y equipos de salud respecto de las discontinuidades entre ley y efectivización, y los *desplazamientos* entre lo técnico y lo moral (Castro, 2010) guardan relación estrecha.

La Ley 27610 detalla en su artículo 3° el marco normativo constitucional jerarquizando la protección que otorgan a los derechos sexuales y reproductivos, a la dignidad, a la vida, a la autonomía, a la salud, a la educación, a la integridad, a la diversidad corporal, a la identidad de género, a la diversidad étnico-cultural, a la privacidad, a la libertad de creencias y pensamientos, a la información, a gozar de los beneficios de los avances científicos, a la igualdad real de oportunidades, a la no discriminación y a una vida libre de violencias. En el mismo sentido, menciona que el personal debe garantizar el derecho al trato digno, a la privacidad, la confidencialidad, la calidad de la atención y, centralmente, el derecho a la autonomía de la voluntad y el acceso a la información, ambas indisolubles.

Respecto de la autonomía de la voluntad el personal de salud debe respetar las decisiones de las personas usuarias respecto al ejercicio de sus derechos (no) reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva sin someter esto a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por

parte del personal de salud. Para esto es fundamental mantener una escucha activa y respetuosa, y suministrar información actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles a lo largo de todo el proceso, incluso si no hay una solicitud explícita, y entendiendo el consentimiento como un proceso que se inicia en la primera consulta y se construye a lo largo de los diversos momentos.

En relación con esto, Castro (2010) detalla la paradoja del *campo médico*, por un lado considerando que las instituciones de salud como un espacio de ejercicio de ciudadanía en tanto constituye el acceso a la salud como un derecho, mientras que la estructura disciplinaria va en detrimento de la participación de las mujeres pues presupone su pasividad y obediencia a los dictados del poder médico. Así con frecuencia las vulneraciones de derechos aparecen investigados como “problemas de calidad de atención” y no como una consecuencia del *habitus médico* entendido como “conjunto de predisposiciones incorporadas que llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos” (Castro, 2010:24). Respecto de personas adolescentes, se explicita que a partir de los 16 años cuenta con plena capacidad para decidir, mientras que si tienen menos edad es deseable trabajar con referentes significativos que permitan fortalecer el proceso.

## **5. Conclusiones y aperturas a 10 años y ante un nuevo desafío**

Problemas como la violencia hacia las mujeres, la apropiación del cuerpo reproductivo, la dependencia económica y la autoridad del jefe de familia ponen de manifiesto los mecanismos de discriminación de género que operan en la esfera de la economía y la política, y en los espacios de articulación de la esfera privada y pública. Identificamos respecto de la ILE el vínculo entre la subjetividad individual y la acción colectiva, condición indispensable para modificar los procesos y estructuras que reproducen la posición subordinada de las mujeres.

Esto genera múltiples barreras en el acceso a derechos no sólo en términos legales, administrativos y económicos, sino también culturales, simbólicos y subjetivos. La autonomía atraviesa todas estas dimensiones de la accesibilidad. El fortalecimiento de aquellas dimensiones ligadas a la accesibilidad son aquellas que permiten el ejercicio de la autonomía en aquellas personas que deciden interrumpir un embarazo. La información pública confiable y clara sobre los servicios, dándole prioridad aun en escenario de ASPO, la promoción de derechos en prensa, canales oficiales y eventos académicos y las declaraciones de los y las funcionarias al respecto son relevantes para dar densidad a un asunto durante años mantenido en silencio. Las organizaciones, sin duda, han llevado adelante esta “ofensiva modernizadora desde abajo” de la que hablamos, sacando del closet este derecho urgente que se asienta en la capacidad de las personas gestantes de decidir.

Como afirma Mabel Bellucci “abortar es una muestra de resistencia por parte de las mujeres ante el imperativo de la reproducción biológica, prescripto por la heterosexualidad obligatoria como régimen político. Desde ese punto nodal, abortar representa una decisión de libertad, una desobediencia de vida” (2014, pp.395). Se inicia una nueva etapa en Argentina en la que construir condiciones materiales para una ciudadanía sustantiva, con ejercicio de la autonomía de la voluntad es central. En particular, en Chubut, los modos en que la nueva ley pueda sintonizar con la experiencia anterior serán fundamentales para ampliar ese ejercicio de derechos hacia una progresiva apropiación subjetiva del derecho a decidir,

## **6. Referencias bibliográficas**

- Bellucci, M. (2014). Historia de una desobediencia. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Brown, J. et al (2013). Cuerpo, sexo y reproducción. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: el aborto y otras situaciones sensibles. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. N°12. Año 5. Agosto - Noviembre 2013. Argentina. ISSN: 1852-8759. pp. 37-49.
- Castro R, López-Gómez A, (eds) (2010). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina (2010)*. Uruguay-México: Fac de Psicología, Universidad de la República, UNAM.
- CEDES-ELA-REDAAS (2018) Las cifras del aborto en la Argentina. Disponible en sitio web: <http://larevuelta.com.ar/wp-content/uploads/2018/03/El-aborto-en-cifras>
- CELS (2016). Políticas públicas de salud sexual y reproductiva. Análisis desde una perspectiva de derechos humanos de las capacidades institucionales del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y de los programas de Buenos Aires y Chubut.
- CELS (2018) Acceso al aborto en la Argentina. Informe conjunto remitido al Comité DESC de las Naciones Unidas para la cuarta evaluación periódica del país. Disponible en [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/Shared%20Documents/ARG/INT\\_CESCR\\_CSS\\_ARG\\_32401\\_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/Shared%20Documents/ARG/INT_CESCR_CSS_ARG_32401_S.pdf)
- CEPAL. (2017). Planes de igualdad de género en América Latina y el Caribe. Mapas de ruta para el desarrollo. Santiago de Chile, Chile: CEPAL.
- Correa, S. y Petchesky, R (1994). Reproductive and sexual rights: A feminist Perspective. En G. Sen, A Germain y LC Chen (eds), Population Policies Reconsidered.. Boston, MA, Harvard Series on population and international health (p. 107-123).
- Donzelot, J. (1990). La policía de las familias. Valencia: Pre textos.
- Jones, D. (2006). Derechos, Sexualidad y Reproducción: El lugar de los adolescentes en la legislación nacional y en la de Chubut. En: Petracci, M. y Ramos, S. (comps.) La

política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina. Buenos Aires: UNFPA-CEDES.

F., A. L. s/ Medida Autosatisfactiva. 8/3/10 Nro. Interno: 01-A-10 STJ. Rawson, Chubut Sala civil. Caneo, Pasutti y Royer. Id SAIJ: FA10150006 Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/superior-tribunal-justicia-local-chubut--medida-autosatisfactiva-fa10150006-2010-03-08/123456789-600-0510-1ots-eupmocsollaf>

Conversatorio sobre interrupción legal del embarazo. Diario el Chubut. 02-11-20. Disponible en: [www.elchubut.com.ar/nota/2020-10-1-20-34-0](http://www.elchubut.com.ar/nota/2020-10-1-20-34-0)

Giddens, A. (2003). La constitución de la sociedad. Buenos Aires: Amorrortu.

Guzmán, V. (2020). Análisis comparado de legislación, políticas públicas e instituciones orientadas hacia el logro de la equidad de género [Hipertexto]. Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>

Guzmán, V. y Montaña, S. (2012). Políticas públicas e institucionalidad de género en América Latina (1985-2010). Santiago de Chile: CEPAL.

Ministerio de Salud Chubut (2018). Anuarios Estadísticos de Salud - Vol II.

Ministerio de Salud de la Nación (2017). Estudio de omisión de registro de causa de muerte materna en Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001252cnt-estudio-eormm.pdf>

Pecheny, M. et al (2007). La Ciudadanización de la salud: derechos y responsabilidades en salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos. En López E. y Pantelides E. (eds.) Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires: CENEP-CEDES-AEPA-UNFPA.

Petracci, M. y Ramos, S. (comps.) (2006). La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina. Buenos Aires: UNFPA-CEDES.

Surel, Y. (2008). Las políticas públicas como paradigmas. Estudios Políticos, 33, 41-65.