

Obstáculos y garantías de acceso al aborto en escenarios de aplicabilidad de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Tensiones entre la cultura médica conservadora y los activismos feministas en salud

Obstacles and guarantees to access abortion in settings where the Voluntary Termination of Pregnancy (VTP) Law is applied. Tensions between conservative medical culture and feminist activism in health

Pablo Gudiño Bessone⁴

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Centro de Conocimiento, Formación e Investigación en Estudios Sociales
Universidad Nacional de Villa María - Argentina

Resumen

El artículo aborda los obstáculos y garantías de acceso al aborto en el sistema público de salud de Argentina tras la sanción de la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Se analizan las formas en que los conservadurismos de género en la cultura y la práctica médica, la objeción de conciencia y las desigualdades territoriales, actúan como barreras que interfieren en la implementación de la ley, al mismo tiempo que se estudia el accionar de médicas con perspectiva feminista en el acompañamiento y garantía de acceso a estos servicios. El período de la investigación es 2022-2024 que corresponde al tiempo del trabajo de campo realizado. Para su desarrollo, el estudio adopta una metodología de tipo cualitativa con base en el análisis documental y la realización de entrevistas en profundidad y semiestructuradas. Se aplica el enfoque narrativo y la etnografía institucional para analizar las tensiones que los activismos feministas en salud plantean con ciertas nociones inherentes al paradigma biomédico conservador y al habitus médico autoritario que se entrelazan con los usos abusivos y discrecionales de la objeción de conciencia.

242

Palabras clave:

LEY DE IVE; ABORTO; PROFESIONALES DE LA SALUD; ACCESIBILIDAD; OBSTÁCULOS

Abstract

This article addresses the obstacles and guarantees of access to abortion in Argentina's public health system following the passage of Law 27.610 on the Voluntary Termination of Pregnancy (VTP). It analyzes the ways in

⁴ pablo.gbessone@yahoo.com.ar

which gender conservatism in medical culture and practice, conscientious objection, and territorial inequalities act as barriers to the law's implementation, while also examining the actions of physicians with a feminist perspective in providing support and ensuring access to these services. The research period is 2022-2024, which corresponds to the time of the fieldwork conducted. For its development, the study adopts a qualitative methodology based on documentary analysis and in-depth, semi-structured interviews. A narrative approach and institutional ethnography are applied to analyze the tensions that feminist health activism poses with certain notions inherent to the conservative biomedical paradigm and the authoritarian medical habitus, which are intertwined with the abusive and discretionary uses of conscientious objection.

Keywords:

IVE LAW; ABORTION, HEALTH PROFESSIONAL, ACCESSIBILITY; OBSTACLES

Fecha de recepción: 10 de febrero de 2025

Fecha de aprobación: 27 de octubre de 2025

Obstáculos y garantías de acceso al aborto en escenarios de aplicabilidad de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Tensiones entre la cultura médica conservadora y los activismos feministas en salud

1. Introducción

Desde su aprobación a finales de 2020 y su promulgación a principios de 2021, la ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) implicó avances significativos en la expansión de los servicios de aborto y sus prestaciones en distintas jurisdicciones y localidades del país. Sin embargo, aún existen desafíos pendientes relacionados con la persistencia de barreras y obstáculos para acceder al aborto en el sistema público de salud. Estos impedimentos están vinculados a la intersección de la cultura médica conservadora con el uso abusivo y discrecional de la objeción de conciencia, un problema que se ve agravado en las desigualdades territoriales relacionadas con el alcance y el acceso no democrático a los servicios. En Argentina, la ley de IVE garantiza el acceso al aborto hasta la semana 14 de gestación; fuera de este período, el derecho al aborto legal solo se permite en las siguientes circunstancias: 1) si el embarazo es producto de una violación, y 2) si la vida o la salud de la mujer o persona gestante corre peligro.

Antes de la Ley de la IVE, ya se detectaban obstáculos para acceder a los servicios de aborto. A propósito de ello, distintas investigaciones se centraron en estudiar los obstáculos para el acceso a las solicitudes de aborto tanto en escenarios de legalidad restringida como durante los primeros años de vigencia de la ley (Aizenberg, Rabbia, Jhonson y Saletti Cuesta, 2023; Anzorena, 2023; Fernández Vázquez, 2018; Szulik y Zamberlín, 2017; Szwarc y Fernández Vázquez, 2018). Otros estudios han abordado los procesos de criminalización y judicialización del aborto y las formas en que los usos institucionales e individuales de la objeción de conciencia expulsan a las mujeres y personas gestantes del sistema de salud y afectan el desarrollo de la autonomía no reproductiva (Botero, Cárdenas, Zamberlin, 2019; Carrera,

Saralegui Ferrante y Orrego-Hoyos, 2023; Deza, 2017; Irrazabal, Belli y Funes, 2019; Santarelli, 2019; Vaggione y Monte, 2018). Finalmente, varias investigaciones enfatizaron en el estudio de los acompañamientos feministas para la resolución de abortos en el ámbito de la salud pública y sus tensiones con la hegemonía y preeminencia de los enfoques conservadores y biomédicos en medicina (Drovetta, 2018; Gudiño Bessone, 2023; Maffeo, 2019; Mateo, 2023; Szwarc, Maffeo y Fernández Vázquez, 2022; Szwarc, 2024).

En términos analíticos, esta investigación parte de la problematización del campo médico como un espacio atravesado por disputas de paradigmas y perspectivas bioéticas sobre el aborto, y por tensiones respecto de las formas de concebir y comprender la función social de la medicina. Por campo médico, entendemos el conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes espacios y posiciones, mantienen relaciones conflictivas que tienden a preservar o transformar formas específicas de capital, consistentes en imponer definiciones sobre temas relacionados con la agenda política sanitaria (Castro y Ervitti, 2015; Castro y López Gómez, 2009; Castro y Villanueva, 2023). El campo médico es un espacio determinado por factores culturales que producen *habitus* y sistemas de disposiciones duraderas y transferibles. Estas estructuras estructurantes actúan como principios organizadores y generadores de prácticas individuales y colectivas, y como formas de acción asimiladas por los actores en el marco de su inscripción, desempeño y vinculación con las instituciones.

El tema del aborto se caracteriza por generar controversia dentro del ámbito médico, ya que implica diferencias de perspectivas éticas, legales y morales, que abarcan desde la defensa de la autonomía sexual y no reproductiva de las mujeres hasta la consideración de la vida fetal como un derecho absoluto y fundamental. Así, las formas punitivas en que un sector de la medicina representa y significa el aborto se asocian con un perfil conservador y autoritario que genera obstrucciones y opresión hacia las personas usuarias de los servicios de salud. En contraste con ello, quienes adhieren a una perspectiva de género y

feminista de la medicina entienden el aborto como un derecho a la ciudadanía sexual y no reproductiva, y como un problema de salud pública que afecta, principalmente, a mujeres inmersas en contextos y entornos de desigualdad social. Estas discrepancias entre perfiles y posiciones nos permiten ver el campo médico como un microcosmos de relaciones sociales y culturales que se imponen y condicionan a sus actores, y como un espacio heterogéneo de competencias y relaciones conflictivas.

En cuanto a su estructura y organización, el artículo se divide en dos secciones. La primera aborda la presencia de obstáculos para la implementación de las políticas de aborto en su interrelación con los usos abusivos de la objeción de conciencia y las barreras geográficas y territoriales para acceder a los servicios de IVE. Entre otros aspectos, este apartado se centra en comprender la problemática de la violencia institucional que se presenta en los centros de salud y los miedos e incertidumbres que persisten entre las usuarias respecto al aborto al momento de las consultas médicas. La segunda sección analiza los cambios y transformaciones ocurridas desde la promulgación de la ley de IVE en cuanto a las condiciones laborales y la seguridad jurídica de las médicas que garantizan y prestan servicios de aborto en el primer y segundo nivel de atención en salud. En particular, esta sección aborda el activismo de las redes feministas de profesionales de la salud y sus tensiones en torno a las visiones punitivas y estigmatizadoras del aborto voluntario.

Para su elaboración, la investigación adoptó un enfoque metodológico cualitativo interesado en comprender los significados de las acciones de los actores en sus contextos sociales e institucionales de inserción laboral (Flick, 2015; Vasilachis, 2006.). La técnica de recolección de datos estuvo dada por la realización de entrevistas en profundidad y semiestructuradas. La selección de esta metodología tuvo por finalidad comprender las experiencias y perspectivas de las médicas que actúan como garantes en la prestación de los servicios de ILE e IVE y las formas en que estas reflexionan críticamente sobre la permanencia de obstáculos

profesionales e institucionales que dilatan y obstruyen el acceso a los servicios de aborto. El recorte y marco temporal del estudio es 2022-2024 y tiene que ver con el período de trabajo de campo realizado. Se utilizó el análisis narrativo (Coffey y Atkinson, 2003) para intentar comprender las subjetividades de las profesionales entrevistadas; paralelamente, se incorporó el enfoque de la etnografía institucional (Campbell, 2014; Rankin, 2017; Smith, 2005) para abordar las formas en que quienes garantizan la realización de abortos experimentan los procesos y dinámicas institucionales que facilitan y/o dificultan la aplicabilidad y cumplimiento de la ley de IVE. Las entrevistas en profundidad son una herramienta fundamental en la etnografía institucional y permiten observar las dinámicas y prácticas cotidianas de las instituciones a partir de las narrativas de los actores que forman parte de ellas.

La investigación también utilizó el análisis documental para extraer información relevante sobre la oferta y expansión de los servicios de IVE y los obstáculos que plantea la objeción de conciencia. En cuanto a las fuentes documentales se consultaron los Informes de Gestión Anual 2022 y 2023 de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Es necesario destacar que no se registran ni encuentran disponibles documentos y datos oficiales de gestión para el período 2024. También, se procedió a la consulta de datos publicados y elaborados de manera conjunta entre la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS), el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y el Proyecto MIRAR del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Respecto a las entrevistas se realizaron un total de 26, algunas presenciales y otras mediante videollamada a través de la plataforma Meet. Los actores contactados fueron médicas generalistas, gineco-obstetras y médicas de familia que garantizan la prestación de servicios de aborto en el sector público en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) y en hospitales correspondientes al segundo nivel. Cabe señalar que, si bien tanto los CAPS como los CeSAC se enmarcan en el

modelo de atención primaria de salud, los primeros de ellos se centran en brindar atención médica básica basada en la prevención y la promoción de la salud comunitaria, mientras que los segundos adoptan un enfoque integral y holístico que combina la atención médica con el trabajo social, la psicología y otras disciplinas.

El acceso a la población entrevistada fue mediante la técnica bola de nieve basada en un muestreo no probabilístico. A lo largo del escrito, y a los efectos de proteger el anonimato de las profesionales entrevistadas, se decidió por la utilización de nombres ficticios en las citas de testimonios y se evitó hacer referencia explícita a las instituciones de trabajo. Los testimonios abordados corresponden a médicas que residen y prestan servicios de ILE e IVE en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (5 entrevistas), así como en ciudades capitales y en el interior de las provincias de Córdoba (6 entrevistas), San Juan (5 entrevistas), Salta (4 entrevistas), Jujuy (3 entrevistas) y Chubut (3 entrevistas). Los criterios de selección de estas jurisdicciones fueron aleatorios, aunque la intención fue reflejar diferentes realidades respecto de la implementación y alcance de las políticas de ILE e IVE en distintas áreas geográficas del país. Las entrevistas fueron realizadas a médicas que integran la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir y otras que, sin ser necesariamente parte de la Red, trabajan en garantizar la prestación de los servicios de aborto en el sistema público de salud. La Red de Profesionales surgió en 2014 en el marco de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Este grupo emergió como resultado de los obstáculos impuestos al cumplimiento de los Protocolos para la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), cuyo propósito era garantizar la prestación de servicios de aborto por causales de no punibilidad. Los resultados y conclusiones de esta investigación pretenden ser un insumo útil para informar sobre las formas en que la cultura médica y las dinámicas institucionales inciden en los escenarios y procesos de aplicabilidad de la ley de IVE en Argentina.

2. Desigualdades territoriales, objeción de conciencia y barreras de acceso en la implementación de los servicios de aborto.

En Argentina, los años de restricciones legales en el acceso a los servicios de aborto tuvieron un impacto negativo y desigual en la coacción a mujeres y personas gestantes para continuar con embarazos de riesgos y no deseados, y en el aumento de las tasas de mortalidad materna debido a abortos realizados en entornos clandestinos y de inseguridad sanitaria. La cotidianeidad de la violencia institucional en los hospitales contribuyó a reforzar esta problemática y se manifestó en la obstrucción, criminalización y judicialización de las demandas de acceso al aborto legal y seguro. Como resultado de estos inconvenientes, en marzo de 2012, y tras la lucha liderada por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) emitió la Sentencia F.A.L., que surgió con el objetivo de regular la negación de abortos legales contemplada en el artículo 86 del Código Penal de la Nación (CPN). A través de la sentencia mencionada, la CSJN instó a los gobiernos nacionales y subnacionales a implementar protocolos y guías técnicas para garantizar el acceso a los servicios de aborto no punible (Bergallo, 2016; Deza, 2015; Gherardi y Gebruers, 2015). Esto generó resistencia por parte de las corporaciones médicas que se negaron a cumplir las recomendaciones del fallo F.A.L. y derivó en una escalada de recursos presentados ante tribunales provinciales por entidades civiles y ONGs antiabortistas que buscaban anular la aplicabilidad de las ILE (Peñas Defago, 2024; Vaggione y Monte, 2018).

Desde su promulgación en 2021, la ley 27.610 de IVE ha contribuido a legitimar prácticas preexistentes asociadas a la atención de demandas de aborto por causales. Simultáneamente, la ley inició un proceso de cambios en la implementación de las políticas de acceso a los servicios que no implicó, necesariamente, la erradicación de barreras vinculadas a las desigualdades territoriales y a los usos excesivos de la objeción de conciencia (OC). Actualmente, este

tipo de barreras son más pronunciadas en localidades y provincias que con anterioridad a la promulgación de la ley carecían de mecanismos institucionales para garantizar el acceso a las ILE. La implementación de las políticas de aborto en Argentina tiene un alcance territorial desigual y los principales obstáculos incluyen problemas de infraestructura y escasez de medicamentos como el misoprostol y la mifepristona, así como problemas derivados de la falta de profesionales para garantizar los servicios. A esto se suman las dificultades de coordinación entre los/as profesionales del primer y segundo nivel de atención en salud cuando se trata de solicitudes de aborto después del segundo trimestre y que deben clasificarse como causales de no punibilidad. Estos obstáculos se complejizan cuando la prestación de los servicios de aborto debe realizarse en localidades donde el total de los médicos/as son objetores de conciencia y no hay disponibilidad de profesionales que atiendan a la demanda.

Tras la aprobación de la ley de IVE, el Ministerio de Salud de la Nación instó a las autoridades de los centros de salud públicos nacionales y subnacionales a ampliar la prestación de los servicios de aborto. No obstante, la necesidad permanente de traslado y derivación de las pacientes a otras ciudades o departamentos con disponibilidad de profesionales de la salud garantiza continúa siendo un obstáculo debido a la no regulación de la objeción de conciencia. Esto profundiza las desigualdades territoriales en el acceso a los servicios en función de la proximidad o lejanía del lugar de residencia de las usuarias con los centros asistenciales urbanos. La oferta de los servicios de aborto que se dieron con posterioridad a la sanción de la ley de IVE no se caracteriza por seguir un patrón homogéneo a nivel nacional, ni resulta ser, necesariamente, acorde a la estructura poblacional de las jurisdicciones.

Según las últimas mediciones de 2023, la tasa de servicios de IVE/ ILE por cada 1.000 mujeres en edad fértil a nivel nacional es de 0,17, con un rango que varía entre provincias. Para las jurisdicciones seleccionadas en este estudio, esta tasa es de 0,28 para la Provincia de Córdoba; 0,26 para Jujuy; 0,24 para Chubut; 0,13 para la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires (CABA); 0,09 para Salta; y 0,07 para San Juan. El número de servicios que brindan IVE/ ILE según su distribución en el sistema de atención en salud es de 243 en el primer nivel (PN) y 30 en el segundo nivel (SN) para el caso de Córdoba; 1 en el PN y 17 en el SN en Chubut; 49 en el PN y 18 en el SN en CABA; 8 en el PN y 7 en el SN en San Juan; 16 en el PN y 23 en el SN en Salta; mientras que en la provincia de Jujuy se registran un total de 54 centros, que no se distinguen, según el registro de datos consultados, entre primer y segundo nivel de atención en salud (Proyecto MIRAR, 2023). Estos datos demuestran cómo la mayoría de las respuestas a las demandas de aborto se dan en el primer nivel de atención (CAPS y CeSAC) en los casos de la provincia de Córdoba y CABA, que han logrado ampliar sus políticas públicas para la prestación y el acceso a los servicios. En el resto de las provincias estudiadas, se observan avances en la disponibilidad de servicios en el primer nivel de atención si bien son desafíos y cambios estructurales que se están produciendo en el marco de los procesos de implementación de la IVE.

251

Entre los diversos obstáculos que afectan a la implementación de las políticas de ILE e IVE se encuentran la persecución legal y la criminalización del personal médico que decide asistir y garantizar el acceso a los servicios de aborto. Entre los casos más destacados y que captaron la atención pública estuvo la detención y el procesamiento de una ginecóloga en la provincia de Salta, acusada en 2021 de practicar un aborto sin consentimiento. También el caso de una médica y un grupo de activistas Socorristas en la provincia de Córdoba, acusadas y detenidas en 2022 por encubrimiento y ejercicio ilegal de la medicina. Si bien estos casos no prosperaron, los mismos se trataron de tácticas de ofensiva judicial destinadas a disuadir y disciplinar al personal médico que facilita el acceso a los servicios de aborto dentro del sistema público de salud. Desde la aprobación de la IVE en 2020, sectores religiosos conservadores y entidades civiles antiabortistas intentaron derogar la ley mediante la presentación de 37 demandas de inconstitucionalidad y amparos. Los debates y la aprobación de la ley generaron

cambios significativos en las perspectivas sociales, políticas y sanitarias respecto a la consideración del aborto como una práctica legal y un procedimiento médico reconocido. Sin embargo, su implementación efectiva sigue estando sujeta, como ocurría con la ILE, a la trama de la cultura médica, situación que hace que el acceso a los servicios dependa de los criterios subjetivos y de las voluntades de quienes tienen las competencias y responsabilidades para su ejecución.

La persistencia de obstáculos para acceder a los servicios de ILE e IVE pone de relieve problemas vinculados a la violencia institucional en la atención obstétrica, así como los usos arbitrarios y excesivos de la objeción de conciencia (OC). Esta última se refiere al derecho de los/as médicos/as a abstenerse de realizar cualquier acción u omisión impuesta por la ley cuando dichas acciones se consideren contrarias a sus convicciones religiosas, morales o éticas. La OC se ha caracterizado como uno de los principales puntos de discordia en los debates sobre la ley de IVE en 2018 y 2020, dadas las dificultades que su implementación ha conllevado para brindar una atención oportuna y adecuada a las solicitudes de aborto. El artículo 10 de la ley de IVE permite a los/as médicos/as abstenerse de realizar abortos por convicciones personales, pero deben garantizar la derivación de las pacientes a otro centro de salud, evitando demoras y contratiempos en el procedimiento. Más allá de su intento de regulación legal, la política sanitaria no ha abordado, ni lo hace actualmente, el uso abusivo y discrecional de la OC (Ariza y Ramón Michel, 2018; Ramón Michel, Ariza Navarrete y Repka, 2021). Esto persiste como un impedimento para la implementación adecuada y efectiva de la IVE, y la escasez de profesionales garantes está relacionada, en gran medida, con la estigmatización y el hostigamiento a quienes trabajan en la prestación de los servicios.

En el caso de los/as profesionales que garantizan servicios de aborto, muchos/as han tendido a naturalizar la sobrecarga resultante del uso abusivo de la objeción de conciencia, aunque, en ocasiones, esto tuvo y tiene un impacto directo en la disolución de los equipos de atención de ILE/IVE. En algunos centros de salud de la provincia de Córdoba y

la CABA donde se realizó trabajo de campo, se pudo observar la presencia de imágenes religiosas en las áreas de ginecología y obstetricia. Según las médicas entrevistadas, estas imágenes sirven para interpelar emocional y moralmente a las usuarias que buscan acceder a un aborto, a la vez que crean un clima de tensión con el personal sanitario que brinda atención de IVE. Las médicas de Salta y Jujuy también reportan en sus testimonios la presencia de carteles antiaborto en hospitales y centros de atención primaria de la salud, atribuyendo esto a formas de activismo médico y religioso que se oponen a la IVE y que operan dentro de las instituciones de salud. Según un estudio documental realizado de manera conjunta entre la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS), el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), entre enero de 2021 y diciembre de 2023, se registraron 223 casos de negativa a solicitudes de abortos por objeción de conciencia (OC) en todo el país. De estos casos, 136 fueron objeciones de conciencia individuales y los otros 87 fueron de OC institucional (REDAAS-CEDES-ELA, 2023). Este informe también revela casos de obstáculos y recortes de derechos que comienzan desde la consulta para una IVE o ILE y donde el personal sanitario proporciona información a organizaciones antiaborto para infundir miedo en las usuarias sobre las consecuencias físicas, traumáticas y judiciales de someterse a una interrupción del embarazo.

Los usos de la objeción de conciencia también se relacionan con el desconocimiento del marco regulatorio de la ley por parte de los/as profesionales de la salud. En diversas oportunidades, y para abordar este problema, la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) y la REDAAS colaboraron de manera conjunta para brindar capacitación sobre el tema. Sin embargo, estas capacitaciones se vieron constantemente obstaculizadas por su carácter no obligatorio situación que impidió que un mayor número de profesionales se sumaran a la expansión y formación de nuevos equipos interdisciplinarios para la atención de la IVE: “Hay que hacer mayor hincapié en las capacitaciones. Estas no solo hacen a la contención de los equipos de salud; también,

ayudan a quitar los miedos a los/as profesionales que quieran atender abortos” (Inés, médica de familia en CAPS, Salta, 2022); “Las capacitaciones son importantes porque implican darle seguridad a los/as profesionales que garantizan ILE e IVE. Hay casos de médicos/as que no acompañan porque desconocen la ley; otros/as, porque no disponen de saberes sobre cómo acompañar abortos” (Carolina, médica obstetra en CAPS, San Juan, 2023). Cabe precisar que en los casos de la provincia de Córdoba y CABA se caracterizan por tener una mayor disponibilidad numérica de profesionales capacitados, lo que permite una mejor organización y distribución territorial de los servicios de aborto. En contraste, en las provincias de Salta, Jujuy, Chubut y San Juan, la mayor concentración de profesionales que prestan servicios de IVE e ILE se ubica en centros urbanos, lo que dificulta y ralentiza el acceso a la práctica en zonas remotas y periféricas de las grandes ciudades y donde predominan los/as médicos/as objetores de conciencia.

254

Los obstáculos asociados a la implementación y el acceso a las políticas y servicios de aborto también están vinculados a la violencia médica institucional que se ejerce en hospitales y centros de salud. Para las médicas entrevistadas dicho fenómeno se observa en la imposición de barreras, demoras injustificadas, y en las amenazas de denuncia penal que los/as efectores/as de la salud arrojan contra las mujeres que buscan una ILE o IVE. Estas acciones ofensivas se agravan cuando involucran a mujeres de sectores populares y revelan la cultura patriarcal y clasista que por momentos prevalece en la práctica médica. La reticencia de los/as médicos/as objetores/as a prestar servicios de aborto también está relacionada con el peso de la moral maternalista que predomina en el campo de la ginecología y la obstetricia y el carácter arraigado de un modelo biomédico que se distancia de las realidades situacionales de las mujeres que optan por abortar.

Las asimetrías de poder y la violencia institucional relacionadas con la atención del aborto también se manifiestan en los tiempos de espera que experimentan las usuarias durante sus visitas a hospitales y centros de salud.

Los tiempos de espera reflejan la ausencia y escasez de profesionales garantes y son parte de los obstáculos impuestos de manera diaria para acceder a los servicios de aborto: “Las demoras en la atención tienen que ver con la maleficencia con la que actúan los médicos; con el daño que ejercen a sabiendas, y quienes son objetores lo hacen de continuo” (Matilde, médica generalista, trabajadora en CAPS, Chubut, 2022); “Quienes se niegan a prestar servicios de aborto lo hacen considerando la urgencia de los tiempos. A menudo, la intención está en provocar que las mujeres que tomaron la decisión de abortar disientan de tal decisión” (Sara, médica obstetra, trabajadora en CAPS, Córdoba, 2023). Estos retrasos y demoras en la atención impactan en el avance de las semanas de gestación y dificultan el acceso al aborto dentro de los plazos establecidos por la ley de IVE. Los tiempos de espera y la espera forzada son formas de abuso de poder (Auyero, 2013; Pecheny, 2017) y están relacionados con la vida cotidiana de las instituciones de salud y la cultura médica hospitalaria.

255

También surgen casos de violencia institucional durante las ecografías. Si bien estas no son un requisito para un aborto legal, los/as médicos/as suelen solicitarlas para determinar la edad gestacional y descartar la posibilidad de un embarazo ectópico. En ocasiones, las instancias de las ecografías están atravesadas por situaciones y escenarios de violencia emocional y psicológica cuando los/as técnicos/as que las realizan actúan con malevolencia.: “Sucede que durante las ecografías se las obliga a las pacientes a escuchar los latidos; también se las expone a ver la pantalla” (Liliana, médica ginecóloga, trabajadora en CAPS, San Juan, 2023); “La ecografía, muchas veces, es la instancia más violenta del proceso de atención en IVE” (Elena, médica generalista, trabajadora en CeSAC, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2023). Estas escenas de violencia también suceden con trabajadores/as de la salud que ofician en el departamento de farmacia de los centros de salud y quienes, por oponerse ideológicamente al aborto, provocan retrasos en la entrega y acceso a los medicamentos.

En cuanto a la objeción de conciencia (OC), la ley de IVE establece que solo los/as profesionales autorizados/as para ejercerla pueden hacerlo individualmente. No obstante, a pesar de estas directrices legales, uno de los principales obstáculos que afectan el acceso a los servicios es la acumulación de objeciones individuales que impiden que los centros de salud dispongan de equipos y médicos/as garantes. El concepto de OC generalmente se asocia con cuestiones de moralidad religiosa (Cena, 2023; Irrazabal, Belli y Funes, 2019; Puga y Vaggione, 2013; Vaggione, 2021). Lo cierto es que a menudo se invocan motivos confesionales para ejercer una objeción de conciencia encubierta, que está relacionada con la sobrecarga de trabajo en el sistema de salud público y que lleva a los/as médicos/as a negarse a prestar servicios aborto: “Tenemos casos de médicos/as que se niegan a incorporarse a los equipos de ILE/ IVE y esto tiene que ver con el colapso de trabajo” (Mercedes, médica de familia, trabajadora en CAPS, San Juan, 2023); “Están los casos de médicos/as que se niegan a hacer abortos porque nadie se quiere agregar más trabajo. Y esto es porque el trabajo que existe en las guardias de ginecología y obstetricia del sector público es enorme” (Lucía, médica ginecóloga, trabajadora en CAPS y en segundo nivel de atención en salud, Córdoba, 2024). Las formas encubiertas de objeción de conciencia afectan directamente la capacidad de coordinar acciones, por lo que el acceso al aborto siempre depende de la existencia de prestadore/as amigables que garanticen el acceso a los servicios. Esto pone en evidencia cómo los procesos de atención de aborto están siempre sujetos al voluntarismo de quienes adoptan una perspectiva de género y derechos en salud y trabajan para construir relaciones horizontales y empáticas con las usuarias de los servicios: “Mi voluntad por sumarme a los equipos de IVE fue por ideal propio, por considerar que el aborto es un derecho. En un principio me negué porque implicaba sumar más trabajo. Finalmente

decidí incorporarme y colaborar en la atención” (Natalia, médica ginecóloga, trabajadora en CAPS, Córdoba, 2024).⁵

Otros de los obstáculos comunes para acceder al aborto están vinculados al pánico moral que experimentan las usuarias ante los significados sociales impuestos sobre el aborto como un asesinato contra niños indefensos en el vientre materno. Esto se debe a los modos en que el activismo religioso y las organizaciones médicas antiaborto han infundido su oposición a la IVE apelando a la producción de narrativas emocionales y biomédicas centradas en imaginario del aborto como un crimen (Gudiño Bessone, 2021; Morán Faúndes, 2020; Sgró Ruata, 2022). En muchas ocasiones, estos discursos estigmatizadores impactan en las usuarias que no se atreven a consultar sobre una IVE y en las dudas de quienes sí lo hacen sobre si continuar o no con la decisión de abortar: “Opositores a la IVE instalaron la idea que abortar te convierte en una asesina y eso, históricamente, siempre ha actuado como una barrera y una carga emocional” (Matilde, médica generalista, trabajadora en CAPS, Chubut, 2022); “Muchas mujeres vienen con la idea de que al abortar van a ver a un feto grande, y a nivel emocional eso es muy fuerte” (Luciana, médica generalista, trabajadora en CAPS, San Juan, 2024).

También están los sentimientos de miedo, culpa y ansiedades que se presentan en las usuarias vinculados a los mandatos sociales de la maternidad (Badinter, 1981; Nari, 2004). Muchas de las usuarias manifiestan temor sobre los riesgos que un aborto podría ocasionarles en cuanto a no poder volver a quedar embarazadas y poder cumplir con las

⁵ La objeción de conciencia encubierta en casos de aborto se refiere a situaciones en las que un profesional elude sus responsabilidades invocando argumentos falsos. Esto provoca demoras en la atención a las pacientes y dificulta el acceso a los servicios de acuerdo con los plazos y las disposiciones legales establecidas por la ley de IVE. Esta forma de objeción encubierta también incluye la negativa a derivar a las pacientes a otro profesional o centro de salud, así como la falta de provisión de información esencial para que las usuarias puedan continuar su recorrido para acceder a los servicios dentro del sistema de salud. Entre las motivaciones que subyacen a este tipo de objeción informal se encuentran la falta de incentivos económicos, el desconocimiento de la normativa que regula la ILE y la IVE, y los prejuicios derivados del estigma social hacia los/as médicos/as que garantizan servicios de aborto.

expectativas progenitoras de sus parejas: “Tenemos casos de mujeres que vienen a la consulta con miedos de si luego de un aborto van a poder tener hijos” (Sandra, médica generalista, trabajadora en CAPS, Jujuy, 2022); “Lo que más preguntan es si un aborto podría afectarles o no a la fertilidad” (Viviana, gineco-obstetra, trabajadora en CAPS, San Juan, 2023).

Entre otros de los diversos obstáculos que dificultan el acceso a los servicios de aborto se encuentran la falta de información sobre el funcionamiento de la política y el desconocimiento de la población objetivo sobre las nuevas ampliaciones de derechos que contempla la ley de IVE. Con la toma de posesión del nuevo gobierno nacional de La Libertad Avanza (LLA) en diciembre de 2023, las políticas públicas de género y salud comenzaron a experimentar un proceso de repliegue y desfinanciamiento. Según datos del Proyecto MIRAR para 2024, las provincias argentinas comenzaron a estar atravesadas por dificultades presupuestarias para mantener las políticas de salud sexual y reproductiva tras la suspensión de la distribución de anticonceptivos e insumos para el funcionamiento de los servicios de aborto. Entre estas medidas está la suspensión del Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intensional en la Adolescencia (Plan ENIA), una política pública que, desde 2017, se propuso como objetivo prevenir los embarazos no planeados en la adolescencia. Entre las provincias objetivo del Plan ENIA se encuentran Salta y Jujuy, consideradas, junto con la provincia de Buenos Aires y otras jurisdicciones del Noroeste (NOA) y Nordeste (NEA) del país, con mayores tasas de embarazo adolescente.⁶ Tanto el Plan ENIA como los servicios de aborto

⁶ Desde sus inicios, el Plan ENIA se estructuró como un proyecto colaborativo interministerial entre los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social. Su implementación se caracterizó por un enfoque territorial basado en el uso de herramientas como la Educación Sexual Integral (ESI) y la Consejería de Salud Integral en las Escuelas. Sus principales objetivos incluyeron la prevención del embarazo adolescente y políticas de sensibilización para la detección temprana del abuso sexual. Los principales logros de la política fueron la reducción de las tasas de embarazo adolescente y la facilitación del acceso a métodos anticonceptivos, fortaleciendo las acciones para prevenir el abuso y la violencia sexual.

son políticas públicas con presencia territorial, actualmente afectadas por la creciente crisis de financiamiento que afecta al sistema de salud pública. La impronta antifeminista y de extrema derecha del actual gobierno nacional argentino influye en la dinámica de las instituciones de salud y exacerba la cultura médica autoritaria y los abusos de poder que siempre han obstaculizado el acceso al aborto en Argentina.

3. Redes feministas de profesionales de la salud y garantías de acceso al aborto en el sistema público sanitario.

La promulgación de la Ley 27.610 de IVE implicó la implementación de un marco regulatorio que brindó claridad a las usuarias y profesionales de hospitales y centros de atención primaria de la salud sobre el acceso y la prestación de los servicios de aborto. El Artículo 1º de la ley busca regular el acceso a la IVE y la atención postaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y de reducción de la morbilidad y mortalidad materna prevenibles. Asimismo, los Artículos 5º y 6º de la ley establecen que el procedimiento de aborto debe realizarse en un plazo máximo de 10 días desde su solicitud. Entre otros puntos, el marco regulatorio insta a los/as médicos/as y autoridades de las instituciones de salud a garantizar derechos mínimos como el trato digno en la atención, el consentimiento informado y la privacidad y confidencialidad durante las consultas. También promueve la autonomía de las pacientes en la toma de decisiones, la provisión de información segura, científica y de alta calidad sobre los procedimientos de aborto, y la prevención de embarazos no deseados mediante el acceso a métodos anticonceptivos efectivos.

259

Los años posteriores a la promulgación de la ley resultaron en un aumento del número de profesionales de la salud que decidieron sumarse a la prestación de los servicios de aborto en el sistema público. El número de médicos/as que prestan este servicio aumentó de 907 en 2020 a 1982 a fines de 2023 (Proyecto MIRAR, 2024). Este incremento en la cantidad de prestadores/as garantes se debe al compromiso asumido por un sector de la administración pública y el desarrollo de nuevas capacidades profesionales, acompañado de un marco legal que habilita la apertura de nuevos espacios de atención de ILE/ IVE. Sin embargo, como se mencionó en

la sección anterior del artículo, estos avances, a nivel territorial y subnacional, no se produjeron de forma lineal y homogénea. Los inconvenientes en los procesos de implementación de los servicios de aborto varían según las jurisdicciones y se relacionan con las posturas políticas que, con anterioridad a la ley, los gobiernos provinciales adoptaron con relación a los Protocolos de ILE. En los casos de provincias como San Juan y Córdoba donde las ILE se vieron suspendidas eso contribuyó al desarrollo de una cultura institucional médica objetora de conciencia que en la actualidad afecta a la prestación y armado de los equipos de atención en IVE.

Los principales obstáculos para la prestación de los servicios de aborto son territoriales y están relacionados con la falta de recursos profesionales para garantizar su práctica. Según datos oficiales del Informe de Gestión Anual de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, entre enero y octubre de 2023 se reportaron, a nivel país, un total de 75.581 realizaciones de ILE e IVE en el sector público de salud. De todas estas intervenciones, 8.232 se efectuaron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), 7.532 en Córdoba, 4.030 en Salta, 2.184 en Jujuy, 845 en Chubut y 784 en San Juan. A comparación de estos registros, en 2022, el número total de interrupciones del embarazo había sido de 96.664, y su disminución en 2023 se debió, entre múltiples factores, a los efectos positivos del Plan ENIA que luego fue interrumpido en el transcurso de 2024 por el desmantelamiento de las políticas de género y salud del gobierno de La Libertad Avanza. El mayor porcentaje de los servicios de aborto se realiza en el primer nivel de atención en salud (CAPS y CeSAC), dado que cuentan con una mayor disponibilidad de profesionales garantes a diferencias del segundo nivel. Respecto a la ley de IVE, esta no solo brinda un marco de seguridad jurídica y respaldo a las usuarias y las médicas que actúan como garantes de los servicios, sino que su implementación también ha propiciado la creación de nuevas unidades de atención del aborto en territorios y lugares donde antes no existían:

Tener una ley de IVE significó para nosotras un panorama totalmente distinto. Imaginate todo lo que implicaba para nosotras trabajar bajo amenazas de judicialización en cada uno de los abortos que garantizábamos. Si bien estuvimos siempre conformes y fuimos convincentes de lo que hacíamos, la ley es un cambio importante en la práctica cotidiana, es un antes y un después (Paola, médica ginecóloga, trabajadora en CeSAC, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2022).

Luego de que se sancionó la ley de IVE arrancamos un poco tímidas, con cautela, y tratando de ver con quiénes podíamos armar equipos porque, antes con la ILE, estábamos muy solas. Y bueno, así pudimos ir ampliando un poco el abanico de profesionales que podían acompañarnos. Fuimos de a poco sensibilizando, viendo de los profesionales quiénes estaban a favor y quiénes en contra del aborto, quienes eran o no objetores, y así es que logramos ampliar nuestros equipos de atención (Isabela, médica de familia, trabajadora en CAPS, San Juan, 2023).

261

La llegada de la ley significó un marco de contención importante para nuestro trabajo que es el de garantizar abortos. Como médicas garantes la ley ha sido fundamental. Lo que estamos experimentando son cambios notables para nuestros escenarios de trabajo, lo mismo para las mujeres que se acercan a la consulta (Vilma, médica generalista, trabajadora en CAPS, Salta, 2024).

La ley de IVE agilizó los procedimientos de aborto, y si se realiza antes de la semana 14, no se requiere de causales, como ocurría anteriormente con la ILE. Esto generó un mayor acercamiento de las mujeres a la consulta médica, a la vez que

les posibilitó a las médicas garantes desarrollar sus acciones en un contexto de legalidad y seguridad jurídica: “Como profesionales de la salud sentimos el respaldo y la seguridad que nos brinda la ley, y nos quitamos el peso de encima de la criminalización por prestar servicios de aborto” (Cristina, médica ginecóloga, trabajadora en CeSAC, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2022); “El respaldo legal nos dio tranquilidad para trabajar. Pero más que eso, les permitió a las mujeres poder abortar sin el temor de ir presas” (Ana, médica generalista, trabajadora en CAPS y en segundo nivel de atención en salud, Jujuy, 2023). Las médicas que se distancian de las posturas morales maternalistas y no emiten juicios punitivos sobre el aborto son actualmente los pilares fundamentales del sostenimiento y cumplimiento de la ley de IVE. Al mismo tiempo, cabe destacar cómo los feminismos han logrado influir en la dinámica de las instituciones de salud y en los cambios generacionales que se están produciendo en las subjetividades de los nuevos cuadros profesionales y las trayectorias formativas en medicina. Las cátedras universitarias sobre interrupción voluntaria del embarazo son un ejemplo de ello, ya que se han convertido en espacios para el tratamiento y el abordaje del aborto desde la perspectiva de la salud pública, los derechos humanos y los derechos de género en salud:

Como médica con un largo recorrido de trabajo en el ámbito público de la salud una ve los cambios de perspectivas y de pensamiento en las generaciones más jóvenes de médicas. En mi caso cuando cursaba la carrera de medicina me hablaban del aborto como algo ilegal, era un tema que se trataba solo en los espacios curriculares de medicina legal. Las cátedras libres y optativas de acceso a la interrupción del embarazo han sido centrales en esto y apuntaron a abordar al aborto como una temática de salud pública. Médicas residentes que pasaron por esos espacios de formación son quienes hoy actúan como facilitadoras en el acceso a la IVE (Belén, médica

generalista en CeSAC, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2022).

Las médicas que prestan servicios de aborto y que forman parte de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir proponen un modelo y un perfil de medicina que busca conectar con los contextos territoriales y las situaciones de desigualdad social que afectan a la autonomía sexual y (no) reproductiva de las mujeres. Sus acciones se enmarcan en los postulados y principios ideológicos de la bioética feminista (López de la Vieja, 2008; Marsico, 2003; Sherwin, 2014). Esta corriente de pensamiento se caracteriza por cuestionar los sesgos de género y patriarcales en la cultura médica y aboga por una idea de *autonomía relacional* que considera que la capacidad de una persona para tomar decisiones respecto al aborto siempre está influenciada por su entorno social, sus restricciones estructurales de clase y la forma en que sus solicitudes son receptadas o no por las instituciones médicas (Mackenzie, 2022). Este enfoque bioético feminista se distancia de los preceptos individualistas vinculados a la idea de autosuficiencia en el desarrollo de la autonomía y se centra en considerar las formas en que las mujeres se sitúan dentro de complejas matrices de opresión y desigualdades que limitan y restringen su propia toma de decisiones.

Otras de las contribuciones fundamentales de la bioética feminista son los postulados de la *toma de decisiones informada* y el *principio de no opresión*. El primero se relaciona con la defensa del derecho de las mujeres a las libertades (no) reproductivas y el rechazo del modelo paternalista en la cultura médica. Por otro lado, el postulado de no opresión se asocia con la promoción de la democracia y los vínculos horizontales en el contexto de la atención clínica. Ambos principios son defendidos y puestos en práctica por las médicas que acompañan y garantizan la implementación y el acceso a los servicios de IVE. En el caso de las médicas que forman parte de la Red de Profesionales y que actúan como garantes de los servicios de aborto, las mismas contribuyen a fortalecer el lugar de las mujeres como sujetos activos,

considerando cómo la toma de decisiones sobre la continuación o no de un embarazo se relacionan con la propia evaluación autónoma que estas hacen de sus proyectos de maternidad, su situación socioeconómica y sus proyecciones de vida:

Lo que hacen los feminismos en medicina es empoderar a las mujeres y respetar la autonomía de las personas, sabiendo que las mujeres, históricamente, han sido un colectivo oprimido. Lo que hacemos quienes asumimos el feminismo por convicción es incorporar a la medicina una mirada no autoritaria, que sea respetuosa de los derechos humanos, sobre todo, el respeto a la autonomía como principio rector de toda práctica, el entender que el otro es quien tiene que decidir, aunque yo como profesional no acuerde (Matilde, médica generalista en CAPS, Chubut, 2022).

264

Cuando las mujeres vienen a la consulta por un aborto siempre tengo la costumbre de darles un papelito que dice que vos no tenés porqué darle explicación a nadie, no les pregunto nunca el porqué de la decisión (Sandra, médica ginecóloga en CeSAC, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2023).

Las médicas que conforman la Red de Profesionales son un entramado de activismo feminista dentro del sistema público de salud que defiende el derecho al aborto desde la perspectiva de la justicia social y la defensa de la autonomía sexual y (no)reproductiva de las mujeres. Este enfoque y política activista busca acompañar a las mujeres y personas gestantes en la decisión de interrumpir un embarazo e incentivar a los/as profesionales de la salud a unirse y fortalecer los equipos de atención de ILE/ IVE. Desde sus inicios, la Red se encargó de trabajar en la ejecución de campañas de comunicación para informar a las usuarias sobre la disponibilidad de los servicios de aborto en el

sistema público. La comunicación sobre el funcionamiento de los servicios no ha sido caracterizada como un compromiso asumido por el gobierno nacional y los gobiernos subnacionales. En respuesta a ello, en 2018, la Red de Profesionales lanzó una campaña para publicar un listado de centros de salud y hospitales con médicos/as garantes disponibles. La campaña se difundió a través de redes sociales como Facebook, Instagram y Twitter y se popularizó con el nombre *Contás con Nosotras*. Esta campaña sirvió de base para el desarrollo de una línea telefónica gratuita para consultas sobre la prestación de los servicios de IVE. Esta difusión se complementa, actualmente, con la reciente creación de una aplicación para Android llamada *Abortar en Red*, donde las usuarias pueden acceder a información actualizada sobre los equipos de salud que ofrecen este procedimiento en diferentes zonas geográficas.

Otra característica de las médicas que integran la Red Profesional es su compromiso con un modelo de atención que considera las dimensiones afectivas al momento de brindar y ofrecer servicios de aborto. Así, los denominados *consultorios amigables* se enmarcan en la ética de la salud y el cuidado feminista y buscan fomentar la empatía para apoyar y facilitar la toma de decisiones autónomas respecto a la interrupción voluntaria del embarazo. Los feminismos en salud desafían y redefinen el concepto de los cuidados, distanciándolo de sus significados tradicionales y transformándolo en una praxis política y colectiva destinada a generar procesos de empoderamiento en las mujeres. Los vínculos empáticos que las médicas de la Red construyen en sus relaciones y vínculos con las usuarias se basan en la práctica de la escucha atenta y la consideración de la historia y la realidad situacional de las mujeres que deciden abortar. Los consultorios amigables actúan en correlación con el modelo de las consejerías en salud sexual y reproductiva, ya que son un espacio de contención donde las mujeres obtienen información sobre el cuidado de su propio cuerpo, asesoría personalizada en el uso de métodos anticonceptivos y acompañamiento en la resolución de embarazos no deseados:

La empatía en la atención es todo, si se sienta delante tuyo alguien que te tiene miedo es imposible que pueda haber un acto de acompañamiento, y sucede siempre con las usuarias que se sientan frente a un médico que las reta, que les grita, que se comunica de una forma que no van a entender, que no van a poder preguntar. Y todo tiene que ver con nuestras propias experiencias, nuestros propios recorridos, con nuestras sensibilidades, con nuestras empatías, con nuestro devenir feminista en la práctica médica (Lucía, médica generalista en CeSAC, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2022).

Ocurre que la empatía y la escucha son fundamentales en la atención. De lo que se trata es de respetar los tiempos y las maneras de expresarse de las personas. Que cuando las mujeres vengan a la consulta por un aborto puedan encontrar un espacio donde se las va a escuchar y no se las va a maltratar. Luego, ellas mismas, se encargan de ir difundiendo la existencia de estos lugares, donde las tratan bien, donde la médica que las atiende les va a explicar (Lorena, médica generalista, trabajadora en CAPS, Jujuy, 2022).

266

Los cuidados feministas vinculados a los procesos de atención del aborto tienen sus antecedentes en las acciones de organizaciones activistas como Socorristas en Red, quienes asumieron un compromiso importante durante los períodos y escenarios de legalidad restringida (Burton y Peralta, 2021; Zurbriggen, 2019). Este colectivo continúa trabajando a nivel local y territorial para facilitar abortos seguros y autogestionados. El Socorrismo se caracterizó por contribuir a la promoción de un imaginario social no estigmatizante del aborto, presentando la maternidad como una opción y no como una imposición. Asimismo, el Socorrismo ha favorecido a la comprensión del aborto como

un evento colectivo, desvinculado de la individualidad y la culpa, y ha desafiado las visiones hegemónicas de la interrupción del embarazo como una práctica exclusivamente médica que debe ocurrir en el espacio de las instituciones de salud (Luchetti, Albardonedo y Alonso, 2024). En ocasiones, las acciones de las Socorristas entran en conflicto con las de las médicas que garantizan los servicios de aborto y que reivindican legitimidad con base en su formación profesional y conocimientos. Sin embargo, independientemente de estas disputas posicionales, la persistencia de obstáculos pasados y presentes relacionados con el acceso al aborto condujo a la necesaria coordinación de esfuerzos entre las Socorristas y la Red de Profesionales. Este tipo de acciones y roles complementarios se dan principalmente en casos donde se deben garantizar los abortos por causales. La presencia activa de estas redes feministas en el territorio y en las instituciones de salud es crucial, ya que promueve el acceso y el acompañamiento a mujeres a las prácticas de aborto seguro y genera procesos de transformación social y cultural al interior del sistema de salud y en su conexión con las potenciales usuarias de los servicios.

4. Consideraciones finales

Con la promulgación de la Ley 27.610 de IVE, se amplió el acceso al aborto en el sistema público de salud de Argentina. La nueva ley, que regula y despenaliza la práctica, implicó cambios sustanciales que impactaron en la creación de nuevos mecanismos de atención del aborto y brindaron a los/as profesionales médicos/as la oportunidad de actuar y ejercer sus funciones en un entorno de seguridad jurídica. No obstante, los avances legislativos y la existencia de nuevas políticas sanitarias destinadas a promover el acceso a los servicios de aborto siguen viéndose obstaculizados por la persistencia de barreras que dificultan su implementación y alcance.

Como se puede observar a lo largo del artículo, entre los numerosos desafíos pendientes e irresueltos relacionados

con las políticas de aborto en Argentina se encuentra el uso discrecional de la objeción de conciencia. Este último se vincula con el conservadurismo de género en la cultura y la práctica médica, o con sus formas encubiertas de práctica. Asimismo, y como ocurrió durante los períodos de legalidad restringida previos a la sanción de la ley, las desigualdades territoriales persisten como un problema y tiene sus consecuencias en el acceso diferencial y no igualitario a los servicios de IVE. Dificultades como estas nos permiten comprender cómo los contextos actuales de legalización ampliada coexisten con la presencia de obstáculos y cómo la heterogeneidad de las perspectivas médicas sobre el aborto opera como fuente de conflicto al interior de las instituciones de salud.

Más allá de los logros alcanzados con la ley de IVE, persisten los temores a la estigmatización que actúan como barreras tanto para la prestación como para el acceso a los servicios de aborto. Los prejuicios sociales relacionados con la prestación de los servicios generan incertidumbre en la comunidad médica y dificultan el sostenimiento y la creación de nuevos equipos de salud para la atención de las demandas de aborto legal. A lo largo de los años posteriores a la sanción de la ley, las políticas públicas relacionadas con la IVE tuvieron un impacto significativo en la reducción de las tasas de fecundidad y de los embarazos no deseados en niñas y adolescentes. La implementación de la ley fue clave para ampliar la oferta de servicios de aborto, si bien las desigualdades territoriales y las dificultades ligadas a la regulación de la objeción de conciencia continúan siendo un inconveniente.

Las redes de médicas feministas que trabajan para garantizar las solicitudes y demandas de IVE desafían la cultura punitiva que prevalece en el ámbito médico en torno al aborto. Las acciones de estas redes resaltan cómo la sostenibilidad y la aplicabilidad de la ley depende de quienes adoptan una perspectiva de los derechos de género en salud y resisten a los conservadurismos arraigados en las instituciones médicas. Estas acciones permiten identificar prácticas y conceptos que los feminismos han inscripto en el

ámbito de la salud, a partir de experiencias organizativas concretas en Argentina como la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. El activismo feminista en salud desempeña un papel clave en el acceso al aborto legal y seguro, y asume un rol sustancial ante la constante presencia de obstáculos que buscan anular la prestación y alcance a los servicios. El artículo tuvo como propósito problematizar el impacto de la cultura médica autoritaria y conservadora en la interposición de barreras a la implementación de la ley y las formas en que las desigualdades territoriales, la objeción de conciencia y la falta de disponibilidad igualitaria de médicos/as garantes de los servicios se manifiestan, de modo transversal, en el sistema público de salud de las distintas provincias y jurisdicciones estudiadas.

5. Referencias bibliográficas

- Aizenberg, L; Rabbia, H; Jhonson, C; Alonso, D. y Saletti Cuesta, L. (2023). Percepciones sobre el acceso a la ILE en provincias del centro y norte de Argentina durante 2020. *RevIIsE-Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*. (21), 73-85.
<https://ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/743>
- Anzorena, C. (2023). El derecho al aborto legal, seguro y gratuito en Argentina: obstáculos y desafíos de la política en acto a 18 meses de su implementación (2021-2022). *Salud Colectiva*. (19), 1-12.
<https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/4613>
- Ariza, S. y Ramón Michel, A. (2018). *Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia. Una propuesta regulatoria a partir de las prácticas de aborto legal en Argentina*. IPAS-CEDES.
- Auyero, J. (2013). *Pacientes del Estado*. Eudeba.
- Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Paidós.
- Bergallo, P. (2016). La lucha contra las normas informales que regulaban el aborto en Argentina. En, Cook, R; Erdman, J. y Dickens, B. (eds.) *El aborto en el derecho transnacional. Casos y controversias*. 187-217. *Fondo de Cultura Económica*.
- Botero, S; Cárdenas, R. y Zamberlín, N. (2019). ¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*. (33), 137-157. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/SexualidadSaludySociedad/article/view/42172/31747>

- Burton, J. y Peralta, G. (2021) Un aborto feminista es un aborto cuidado. Prácticas de cuidado en el socorrismo patagónico. *Revista Estudos Feministas*. 29(2), 1-13.
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/70809>
- Campbell, M. (2014). Institucional ethnography (IE). Text and the materiality of the social, *Hawai International Conference on Sistem Science*. (47), 1495-1504.
<https://ieeexplore.ieee.org/stamp/stamp.jsp?tp=&arnumber=6758790>
- Carrera, M. L; Saralegui Ferrante; N. y Orrego-Hoyos, G. (2023). *Entra una paciente, sale una denuncia. El engranaje médico, jurídico y religioso que permite los procesos penales contra pacientes*. Siglo Veintiuno Editores.
- Castro, R. y López Gómez, A. (Comps.) (2009) *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castro, R. y Erviti, J. (2015) *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castro, R. y Villanueva, M. (2023) Agencia y mecanismos institucionales: la reproducción estructural del campo médico mexicano. *Revista Mexicana de Sociología*. (85), 431-464.
<http://mexicanadesociologia.unam.mx/index.php/v85n2/575-v85n2a6>
- Cena, J. (2023). El contexto importa: Revisiones de la objeción de conciencia frente a la legalización de las interrupciones de embarazos, *Revista Electrónica. Instituto de Investigaciones Ambrosio L. Gioja*. (30), 126-153.
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/226294/CONICE_T_Digital_Nro.67e54105_a6be-4c06-8d8c-c003019034ea_B.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Coffey, A. y Atkinson, P. (2003). *Encontrar el sentido de los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Editorial Universidad de Antioquía.
- Deza, S. (2015). Gobierno del cuerpo de las mujeres: protocolos de aborto y objeción de conciencia, *Perspectivas Bioéticas*. (20), 76-99.
<https://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/19-120-237-2-PB.pdf>
- Deza, S. (2017). Objeción de conciencia y aborto: creencias propias, violencias ajenas. *Revista de Bioética y Derecho*. (39), 23-52.
<https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/17723/20430>
- Drovetta, R. (2018). Profesionales de la salud y el estigma del aborto en Argentina. El caso de la Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir. *Salud Problema*. (14), 13-35.

- <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/594>
- Fernández Vázquez, S. (2018). Políticas públicas de aborto en transición: de las consejerías pre y postaborto a las interrupciones legales de embarazo en el Área Metropolitana de Buenos Aires (2007-2017). *Revista de Bioética y Derecho*. (43), 145-160. <https://doi.org/10.1344/rbd2019.0.21639>
- Flick, U. (2015). *El diseño de investigación cualitativa*. Morata.
- Gherardi, N. y Gebruers, C. (2015). El aborto legal en Argentina: la justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso F.A.L. *Serie de Documentos de la Red de Acceso al Aborto Seguro*. 1-36. <https://ela.org.ar/wp-content/uploads/2023/07/2015-El-aborto-legal-en-Argentina.pdf>
- Gudiño Bessone, P. (2021). Discursos y repertorios de acción colectiva del activismo antiabortista: emociones y producción de subjetividades contra la ley de IVE (Argentina, 2018). En, Peñas Defago, M. A; Sgró Ruata, M; y Johnson, C. (Comps.) *Neoconservadurismos y política sexual. Discursos, estrategias y cartografías de Argentina*. 191-225. Ediciones del Puente.
- Gudiño Bessone, P. (2023). Prácticas feministas en salud y acceso al aborto en Argentina (2018-2021), *Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*. (95), 377-419. <https://revistaiztapalapa.izt.uam.mx/index.php/izt/article/view/1853/1869>
- <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/280>
- Irrazábal, G; Belli, L. y Funes, M. (2019). Derecho a la salud versus objeción de conciencia en la Argentina. *Revista Bioética*, 27(4), 728-738. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570649017>
- López de la Vieja, M. T. (2008). *Bioética y ciudadanía. Nuevas fronteras de la ética*, Madrid. Biblioteca Nueva.
- Luchetti, G; Albardonado, V. y Alfonso, M. V. (2024). Socorristas en Red: Soporte comunitario a la autogestión del aborto en Argentina. *Salud Colectiva*. (20) e4810. 1-19. doi: 10.18294/sc.2024.4810.
- Mackenzie, C. (2022). Tres dimensiones de la autonomía: un análisis relacional. En, Cavallo, M. y Ramón Michel, A. (Comps.) *Autonomía y feminismos*. 43-80. Ediciones Didot. RED/ ALAS.
- Maffeo, F. (2019). La incidencia del movimiento feminista en la atención de la salud de las mujeres. El caso de los centros de atención primaria de la salud de Morón. En, Di Marco, G; Fiol, A; y Schwarz, P. (Comps.) *Feminismos y populismos del siglo XXI. Frente al patriarcado y al orden neoliberal*. 173-184. Teseo.
- Marsico, G. (2003). *Bioética, voces de mujeres*. Narcea.
- Mateo, N. (2023) El misoprostol como fármaco abortivo: el proceso de co-construcción de su posología. *Ciencia, Docencia y Tecnología*. (34). 1-26. <https://pcient.uner.edu.ar/index.php/cdyt/article/view/1624/1859>

- Morán Faúndes, J. M. (2020). El dispositivo de la vida: cigotos, embriones y fetos en las políticas reproductivas. *Anduli. Revista Andaluza de Ciencias Sociales*. (19), 35-57.
- Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Biblos.
- Pecheny, M. (2017). Introducción. En, Pecheny, M. y Palumbo, M. (Comps.). *Esperar y hacer esperar: escenas y experiencias en salud, dinero y amor*. 13-37. Teseo.
- Peñas Defago, A. (2024). Litigio conservador y políticas sexuales en Argentina: dos décadas de disputas en torno a la autonomía sexual y reproductiva. *Derecho y Ciencias Sociales*. (31), 1-16.
<https://revistas.unlp.edu.ar/dcs/article/view/16610/17003>
- Puga, M. y Vaggione, J. M. (2013). La política de la conciencia. La objeción como estrategia contra los derechos sexuales y reproductivos. En Vasallo, M. (ed.) *Peripecias en la lucha por el derecho al aborto*. 93-138. Católicas por el Derecho a Decidir.
- Rankin, J. (2017). Conducting análisis in institutional ethnography: analytical work prior to commencing data collection. *International Journal of Qualitative Method*. (16), 1-11.
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1609406917734484>
- Santarelli, N. (2019). Discursos médicos disciplinadores y experiencias emocionales de aborto farmacológico de mujeres en Cuyo, Argentina. *Musas*. (14), 78-99.
<https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol4.num2.5>
- Sgró Ruata, M. C. (2022). La dimensión punitiva en el campo de oposición a la Interrupción voluntaria del embarazo (Argentina, 2018). *Ex æquo*. (45), 117-134. <https://doi.org/10.22355/exaequo.2022.45.09>
- Sherwin, S. (2014). Feminismo y bioética. *Debate Feminista*. (49), 45-69.
https://debatefeminista.cieg.unam.mx/df_ojs/index.php/debate_feminista/article/view/1118
- Smith, D. (2005). *Institucional Ethnography. A sociology for people*. Altamira Press.
- Szulik, D; y Zamberlín, N. (2017). Trayectorias profesionales de médicos y médicas proveedores de interrupción legal del embarazo en Argentina. *Boletín de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología*. (5), 6-14.
http://www.fasgo.org.ar/images/flasog_boletin_sept_20
- Szwarc, L. (2024). Los aportes de las luchas por el aborto legal en Argentina. Para un enfoque feminista de la salud. *Critical Times*. 7, 26-45. <https://read.dukeupress.edu/critical-times/article/7/1/26/388692/Los-aportes-de-las-luchas-por-el-aborto-legal-en>
- Szwarc, L. y Fernández Vázquez, S. (2018). Aborto medicamentoso. Transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina. *Revista de Ciencias Sociales y Humanas*. (12), 163-177.

- Szwarc, L; Maffeo, F. y Fernández Vázquez, S. (2022). Aportes de los activismos feministas y LGBT+ en Argentina a la construcción de una salud feminista. *Revista de historia*. (23). 205-299.
<https://revele.uncoma.edu.ar/index.php/historia/article/view/4521>
- Vaggione, J. M; y Monte, M. E. (2018). Cortes interrumpidas: la judicialización conservadora del aborto en Argentina. *Rupturas*. (9), 107-125. <http://hdl.handle.net/11336/101285>
- Vaggione, J.M. (2021). Juridificación reactiva: la re-cristianización a través del derecho. En De la Torre, R. y Semán, P. (Eds.) *Religiones y espacios públicos en América Latina*. 385-412. CLACSO.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En, Vasilachis de Gialdino, I. (Coords.) *Estrategias de investigación cualitativa*. 23-64. Gedisa.
- Zurbriggen R. (2019) Abortar y acompañar a abortar. Armándonos vidas activas feministas afectadas. En, Balaña, S; Finieli, A; Giuliano, C; Paz, A. y Ramírez, C. (Comps.). *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. 199-218. Tinta Limón.

6. Fuentes

- Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) (2012) *Sentencia F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva*. Sistema Argentino de Información Jurídica. Ministerio de Justicia de la República Argentina.
<https://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires--medida-autosatisfactiva-fa12000021-2012-03-13/123456789-120-0002-1ots-eupmocsollaf>
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) (2022). *Informe de gestión anual 2022*. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/202305/Informe_de_gestion_2022_852023.pdf
- Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) (2023). *Informe de gestión anual 2023*. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.
<https://clacaidigital.info/handle/123456789/2809>
- Ministerio de Salud de la Nación (2021) *Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Boletín Oficial de la República Argentina.
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>
- Ramón Michel, A; Ariza Navarrete, S. y Repka, D. (2021) *Objeción de Conciencia en la Ley sobre interrupción del embarazo en Argentina*. REDAAS.
https://redaas.org.ar/wpcontent/uploads/Objecion_de_conciencia_en_la_ley_sobre_Interrupcion_Voluntaria_del_Embarazo.pdf

Ramón Michel, A; Repka, Dana; Santomaso, A. y Panaro, E. (2024) *Estudio sobre objeción de conciencia en aborto en Argentina. Los malos usos*. REDAAS, CEDES, ELA. <https://los-malos-usos.redaas.org.ar/>

Ramón Michel, A; Romero, M. y Ramos, S. (2024). *Insistir y persistir: el panorama del aborto en Argentina. Reporte diciembre 2024*. PROYECTO MIRAR. CEDES. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4791>

Romero, M; Keefe-Oates, B; Krause, M; Ramón Michel, A. y Ramos, S. (2024). *Reporte anual 2023: Logros de la política de acceso al aborto y amenazas actuales*. PROYECTO MIRAR. CEDES. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4787>

Romero, M; Ramón Michel, A; Krause M; Keefe-Oates, B; Ábalos, E; Molina, S. y Ramos, S. (2023) *Reporte Anual 2022: Los rumbos de la experiencia argentina con el aborto legal*. PROYECTO MIRAR. CEDES. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4729>