



ABORTAR en el laberinto

la violencia de
impedir y obstruir



MxM
fundación

Sabaté, Florencia

Abortar en el laberinto : la violencia de impedir y obstruir /
Florencia Sabaté ; Milagros Segura ; Editado por Mariana Soledad Alvarez ; Ilustrado por Julieta Sota. - 1a ed. - San Miguel de Tucumán : Mujeres X Mujeres, 2026.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-631-91459-5-3

1. Aborto. 2. Feminismo. 3. Acceso a la Salud. I. Alvarez,
Mariana Soledad, ed. II. Sota, Julieta, ilus. III. Título.
CDD 179.76

Diseño y maquetación: Karime Kandalaft





Florencia Sabaté - Milagros Segura

ABORTAR **en el laberinto**

**la violencia de
impedir y obstruir**



Índice

¿Quiénes somos?	5
Abortar en argentina: la odisea de las pibas	6
Cartografía de un derecho en disputa	11
Acá estamos	19
¿Cómo se construye el laberinto?	21
Barreras burocráticas-administrativas	24
Valentina	26
Camila	32
Paula	36
Barreras materiales y económicas	44
Mariana	46
Florencia	52
Barreras del equipo de salud	60
Rocío	62
Luján	66
Objeciones encubiertas: ¿Cuál es la objeción y como se disfraza?	74
Barreras socioculturales, simbólicas y de la vida cotidiana	76
Diana	78
Malena	84
Concepción	91
Desandar el laberinto	96
Glosario de conceptos clave en salud pública, género y derechos	99
Bibliografía, fuentes	121



¿Quiénes somos?



La Fundación MxM es una organización feminista, interdisciplinaria e intergeneracional de la provincia de Tucumán, al norte de Argentina.

Promueve, desde hace 12 años, el acceso a los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos en general y al aborto permitido por la ley 27.610, en particular. La misma cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales y estudiantes de abogacía, medicina, psicología, trabajo social y letras, quienes se desempeñan en un Consultorio Comunitario, un Consultorio de Salud Mental y en un Consultorio de Salud Sexual.

Nuestro objetivo como Fundación es fortalecer la soberanía sexual de mujeres y diversidades para que puedan ejercer una ciudadanía plena en un Estado que garantice, más allá de todo fundamentalismo religioso, el acceso a una vida libre de violencias.

Trabajamos activamente por una sociedad donde quepan todas las corporalidades incómodas, irreverentes, desafiantes, insumisas y desprolijas

que históricamente

el patriarcado ha excluido.



MxM
fundación



Abortar en argentina:

la odisea de las pibas



Una madrugada de diciembre de 2020 le arrancamos al sistema patriarcal la Ley 27.610, lo que nos habilitó la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Sin embargo, ya existía un camino que transitaban las personas con capacidad de gestar para acceder a su derecho. Desde 1921 el aborto es legal para ciertos casos en la Argentina, y continúa vigente hasta hoy (ILE)¹. El artículo 86 del código penal estableció tres causales en las que el aborto no era punible: a) cuando estaba destinado a evitar un peligro para la vida de la mujer, o b) a la salud de la mujer o c) cuando el embarazo era consecuencia de un abuso sexual.

El aborto siempre fue considerado un delito autónomo, diferenciado del homicidio, de carácter doloso y de resultado, ya que la tentativa nunca fue punible.

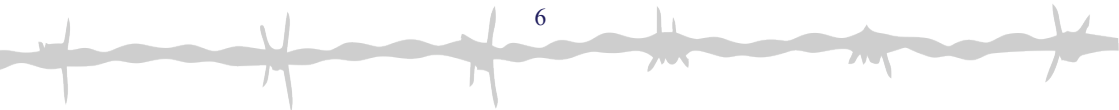
Establecía penas de hasta 4 años para el aborto voluntario, tanto para las mujeres como para las personas que se lo practicasen con su consentimiento.

1 - “ARTÍCULO 86. - No es delito el aborto realizado con consentimiento de la persona gestante hasta la semana catorce (14) inclusive del proceso gestacional. Fuera del plazo establecido en el párrafo anterior, no será punible el aborto practicado con el consentimiento de la persona gestante:

1. Si el embarazo fuere producto de una violación. En este caso, se debe garantizar la práctica con el requerimiento y la declaración jurada de la persona gestante ante el o la profesional o personal de salud interviniente.

En los casos de niñas menores de trece (13) años de edad, la declaración jurada no será requerida.

2. Si estuviera en riesgo la vida o la salud integral de la persona gestante”



Aún después de la reforma legal, el aborto practicado fuera de las previsiones del artículo 86 (fuera del plazo de las 14 semanas y que no esté comprendido en las tres causales) es tipificado por el derecho penal como un delito.

El artículo 86 del Código Penal, desde sus orígenes, fue objeto de intensas disputas doctrinarias, interpretaciones restrictivas y controversias políticas que, en la práctica, limitaron el acceso efectivo a estos abortos legalmente permitidos.

El 24 de marzo de 1976 comenzó una de las etapas más oscuras de la historia argentina. La dictadura que tomó el poder lo hizo a través del terrorismo de Estado, imponiendo el miedo, la persecución y el control sobre la sociedad. En ese contexto, las demandas feministas fueron silenciadas y el reclamo por el derecho al aborto quedó completamente fuera de cualquier debate posible.

Con el respaldo de la Iglesia Católica, el régimen avanzó rápidamente en el endurecimiento de las normas sobre aborto. Apenas tres meses después del golpe, se dictó el decreto ley N° 21338 que agravó las restricciones a las causales para abortar como regían durante la dictadura de Onganía en 1968. Así, el control sobre la reproducción y los cuerpos de mujeres y cualquier persona con capacidad de gestar, se convirtió en una política explícita del Estado.

Con el advenimiento de la democracia, la inaccesibilidad a los abortos permitidos por la ley continuaba siendo una regla.

Ese panorama sólo va a modificarse gracias a la militancia y constancia de grupos feministas que lograron que el acceso a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva (ley 25673 del 2002 y ley 26130 del 2006) y la educación sexual integral (ley 26.150 del 2006) se plasmaran como políticas públicas a nivel nacional, y que paralelamente comenzaron a dar visibilidad y seguimiento judicial, incluso ante organismos internacionales de protección de derechos humanos, por casos dramáticos de inaccesibilidad de abortos permitidos por la ley como el de LMR (2006) en provincia de Buenos Aires o el de Ana María Acevedo en Santa Fe (2007).

En el año 2012 la Corte Suprema dictó sentencia en el fallo F.A.L (2012)², proceso que se inició a raíz del pedido de una adolescente de 15 años, quien tras resultar embarazada producto de los abusos sexuales de su padrastro, solicitó interrumpir ese embarazo. El fallo fijó la interpretación que correspondía dar al artículo 86, inciso 2, del Código Penal, sosteniendo que el mismo establece que no es punible el aborto en todos los casos de violación, independientemente de la situación mental o cognitiva de la mujer o persona gestante abusada.

También estableció que el artículo 86 no violaba la Convención sobre los Derechos del Niño y que el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, inclusive, censuró al Estado argentino por no garantizar el acceso oportuno a

2 - CSJN, F. 259. XLVI. F., A. L. s/ medida autosatisfactiva.

abortos no punibles, como una cuestión de salud pública, sin injerencias del poder judicial (considerando 26).

La Corte Suprema avanzó un paso más en la delimitación del alcance del aborto no punible previsto en el artículo 86 del Código Penal. A la luz del principio de reserva, sostuvo que dicho supuesto se configura cuando la práctica es realizada por un profesional de la salud con el consentimiento de la mujer o persona gestante, tal como surge de la literalidad de la norma. En consecuencia, cualquier exigencia adicional —ya sea judicial, administrativa o profesional— resulta jurídicamente inadmisibles, en tanto introduce restricciones no previstas por el legislador y que afectan de manera directa al ejercicio de un derecho legalmente reconocido.

El Tribunal afirmó que este tipo de intervenciones indebidas constituyen un impedimento incompatible con los derechos en juego, en la medida en que vacían de contenido el permiso otorgado por el ordenamiento jurídico y reproducen prácticas de tutela y control sobre los cuerpos y las decisiones reproductivas. Desde esta perspectiva, la judicialización, las dilaciones injustificadas o los requerimientos extraordinarios no solo carecen de base normativa, sino que operan como mecanismos de disciplinamiento institucional.

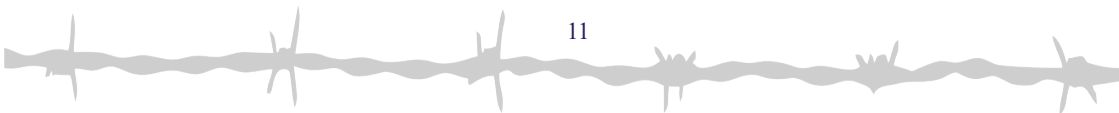
Asimismo, la Corte sostuvo que estas prácticas resultan contrarias a los compromisos internacionales asumidos por el Estado Argentino en materia de derechos humanos, en particular a la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar

y Erradicar la Violencia contra la Mujer. En ese marco, advirtió que la negativa o el obstáculo al acceso a la interrupción legal del embarazo puede configurar violencia institucional en los términos de los artículos 3 y 6 de la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, en tanto es el propio Estado, a través de sus agentes, quien produce una vulneración específica y agravada de los derechos de las mujeres y personas gestantes en el ámbito de la salud.



Nuestro contexto nacional actualmente se inscribe en un esquema de apertura irrestricta de importaciones, endeudamiento acelerado y devaluación de la moneda local, que han configurado un escenario profundamente recesivo. La respuesta a esta crisis se ha centrado casi exclusivamente en el ajuste del “gasto social”, lo que ha derivado en un marcado deterioro de las condiciones de vida, una profundización de la pobreza y el desmantelamiento de las estructuras de protección social, tanto en materia de seguridad como de asistencia. A ello se suma la retracción de políticas públicas inclusivas e integrales y un preocupante debilitamiento de los valores democráticos, donde la represión comienza a legitimarse como mecanismo para sostener un supuesto “orden”, restringiendo cada vez más el “espacio cívico”.

En este escenario, resurgen prácticas y discursos que evocan los fantasmas de la dictadura, ahora reconfigurados bajo la noción de una pretendida “necesidad de seguridad”. Así, la democracia se ve limitada tanto en el plano de las libertades individuales como en el tejido social y comunitario. La cuestión social se vuelve entonces más compleja y dolorosa: los lazos colectivos se fragmentan, lo social pierde valor en el discurso público y la desigualdad se vuelve tan evidente que, paradójicamente, corre el riesgo de naturalizarse. Nos encontramos ante un nuevo período histórico en el que lo econó-



mico condiciona de manera decisiva lo político, lo social y lo cultural.

Otra característica que atraviesa este contexto nacional en la actualidad es la incertidumbre: política, ante la pérdida de confianza e identificación con las instituciones estatales; económica y social, debido al incremento de desigualdades estructurales en la sociedad; y cultural, frente a los numerosos antagonismos ideológicos que dificultan el diálogo.³

Es claro que hay una crisis en los espacios de socialización, lo que dio lugar a la paulatina pérdida de lo colectivo como eje fundamental, el mismo, puede verse cuando los deberes sociales se transforman en individuales, lo que genera una pérdida de pertenencia a lo colectivo. En otras palabras, el deber y las necesidades quedan ligados a la esfera de lo individual, deslindados del sostenimiento de la sociedad. Esto incide en el aumento del individualismo y de relaciones efímeras que alimentan la pérdida del sentido local, común y colectivo.

Ahora bien, estas tensiones adquieren una configuración particular en el actual contexto político y económico de Argentina. La orientación gubernamental hacia la reducción del gasto público, la desregulación y la redefinición del rol del Estado en áreas sociales puede analizarse a la luz de la noción de racionalidad neoliberal desarrollada por Wendy Brown (2015).

3 - Álvarez, M. (2025). *Lengua antigénero: discursos de odio vs libertad de expresión*. Mujeres x Mujeres; Tucumán.

Para la autora, el neoliberalismo no constituye únicamente un programa económico, sino una forma de racionalidad política que reconfigura profundamente la vida social, transformando los derechos en mercancías y a los ciudadanos en capital humano. Desde esta perspectiva, los derechos dejan de ser concebidos como garantías universales y pasan a estar mediados por lógicas de mercado, eficiencia y costo-beneficio, lo que redefine su sentido mismo y desplaza su fundamento hacia una ética de responsabilidad individual.

Cuando esta racionalidad penetra en el campo de la salud, el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo por ejemplo, deja de pensarse como una obligación indeclinable del Estado para reconfigurarse bajo la lógica neoliberal. Esto se evidencia en recortes presupuestarios, desfinanciamiento de programas de salud sexual y reproductiva, debilitamiento de la ESI y precarización de equipos interdisciplinarios, y la reconfiguración de nuevas máscaras de objeción de conciencia.⁴

Cuando los derechos se transforman en recursos finitos y lejanos, entramos en una lógica de consumo donde pocos pueden competir en un mercado reducido.

Es importante entender a aquellos que quedan fuera del acceso a derechos en clave de lo que Florencia Luna (2008) conceptualiza como “capas de vulnerabilidad”: no se trata de

4 - Deza, S. (2020). *Las máscaras de la objeción*. Mujeres x Mujeres; Tucumán.

sujetos vulnerables por esencia, sino de capas que se superponen —edad, pobreza, ruralidad, discapacidad, pertenencia étnica, violencia previa, falta de transporte, objeción de conciencia institucional— y que vuelven más difícil el ejercicio efectivo de un derecho formalmente reconocido y al acceso real de la ciudadanía.

Aquí cobra fuerza la advertencia de Simone de Beauvoir en su libro *El segundo sexo*⁵: “Bastará una crisis política, económica o religiosa para que los derechos de las mujeres vuelvan a ser cuestionados”. Los retrocesos presupuestarios y discursivos muestran que ninguna conquista es irreversible. Lo que parecía una batalla ganada puede volver a ponerse en discusión cuando cambian las correlaciones de fuerza.

En esta misma línea, Nora Britos (2003) sostiene que las mujeres han integrado históricamente aquellos colectivos cuya incorporación a la ciudadanía plena fue conflictiva, gradual y siempre parcial. La autora reconstruye este proceso a partir de distintos hitos normativos: hacia fines del siglo XIX, la mujer casada era considerada jurídicamente en función de su subordinación al marido, quien ejercía como jefe de familia con control sobre los bienes y los derechos legales. Recién en 1907 aparecen las primeras legislaciones dirigidas a mujeres trabajadoras, que las reconocen en relación con el mundo del trabajo. En 1926 se modifica su estatus civil, otorgando capacidad jurídica a las mujeres solteras mayores y a las viu-

5 - de Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Gallimard.

das, aunque esta se perdía al contraer matrimonio. En 1947 se reconoce el derecho a votar y ser elegidas, y hacia 1970 se avanza en el reconocimiento de su plena capacidad civil.

Si bien la ciudadanía política en Argentina se configuró tempranamente en torno al sufragio secreto y obligatorio, este recorrido evidencia que la ciudadanía de las mujeres fue construyéndose de manera desigual. En este sentido, la ciudadanía no se agota en el reconocimiento formal de derechos civiles y políticos, sino que implica también la posibilidad efectiva de ejercerlos en condiciones de igualdad material.

La autonomía reproductiva constituye una dimensión central de esa ciudadanía social: sin capacidad real de decidir sobre la reproducción, la igualdad se vuelve abstracta. La advertencia de Beauvoir sobre la reversibilidad de los derechos dialoga así con la noción de ciudadanía incompleta desarrollada por Britos. Cuando el acceso a la IVE/ILE se ve restringido —ya sea por obstáculos administrativos, por desfinanciamiento o por prácticas institucionales dilatorias— no solo se afecta un servicio de salud, sino que se restringe una dimensión constitutiva de la ciudadanía de mujeres y personas gestantes.

La ciudadanía no es solo estatus jurídico, sino acceso real a derechos civiles, políticos y sociales. En ese marco, el aborto puede pensarse como condición de ciudadanía: sin autonomía reproductiva no hay igualdad sustantiva. Desde una perspectiva histórica del feminismo argentino, y siguiendo a Dora Barrancos (2007), ha mostrado que el control sobre la

reproducción fue un eje central en la organización del orden patriarcal y en la regulación estatal de los cuerpos. Las disputas en torno al aborto revelan la persistencia de una matriz cultural que asocia a las mujeres con la maternidad como destino y función social. Esta matriz no desaparece con la reforma legal; continúa operando en prácticas institucionales, resistencias profesionales y discursos morales.

En este punto resulta esclarecedor recuperar la reflexión de Nelly Minyersky en la introducción de *Jaque a la reina*⁶. Allí señala que la legalización del aborto significó un “jaque” al orden jurídico patriarcal, al cuestionar la maternidad como destino obligatorio. Sin embargo, ese avance no implica un “jaque mate”: la vigencia del derecho depende de su implementación efectiva y de la capacidad de sostenerlo frente a resistencias políticas, culturales y económicas.

En esa misma línea, la obra de Soledad Deza, Alejandra Iriarte y Mariana S. Álvarez pone en evidencia la necesidad de seguir disputando el derecho como un campo de lucha, donde las mujeres tienen una voz clave para desarmar las barreras que aún persisten. Hoy, esas barreras se reconfiguran, y la pregunta se vuelve situada: ¿Qué sucede con el aborto en Tucumán?

Tucumán presenta una trayectoria marcada por intensas disputas en torno a los derechos sexuales y reproductivos. La

6 - Deza, S., Iriarte, A., & Álvarez, M. S. (2014). *Jaque a la reina: salud, autonomía y libertad reproductiva en Tucumán*. Editorial Cienflores.

judicialización de casos, las resistencias institucionales y la fuerte incidencia de sectores conservadores han condicionado el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE), incluso después del fallo F.A.L. y, más recientemente, a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) prevista en la Ley 27.610. En el contexto actual, atravesado por recortes y discursos regresivos, estas desigualdades se profundizan: el acceso al derecho se vuelve más incierto, más dependiente de voluntades individuales que de políticas públicas claras y sostenidas.

Así, el derecho existe, pero su ejercicio se ve erosionado por múltiples capas de vulnerabilidad y por prácticas institucionales restrictivas. El desafío ya no es únicamente sostener la norma, sino garantizar las condiciones materiales, presupuestarias y simbólicas que permitan su implementación efectiva.

Porque el aborto no es un privilegio ni una concesión excepcional: es un derecho humano, una condición de ciudadanía y un bien social. Como advierte Beauvoir, su vigencia depende siempre de la capacidad colectiva de defenderlo.

En este marco, el presente insumo tiene como objetivo mostrar experiencias registradas, sistematizadas y analizadas en nuestro dispositivo de intervención — Consultorio Comunitario MxM— entre febrero de 2025 a febrero de 2026. En ese período registramos 102 barreras y obstáculos, que tienen las personas con capacidad de gestar, en el sistema de salud público tucumano, al intentar acceder a la interrupción volun-

taria o legal del embarazo.

Lejos de promover una ruptura con las instituciones públicas, nuestra intervención busca fortalecer su apropiación como espacios que pertenecen a la ciudadanía, promoviendo el ejercicio activo del reclamo y la exigibilidad de derechos.

En esa línea, impulsamos acciones orientadas a garantizar una atención en salud integral, de calidad, accesible, efectiva y disponible. Entre ellas, llevamos adelante una acción declarativa de certeza para exigir al SI.PRO.SA la provisión de medicación⁷ faltante en hospitales, fortalecimos la red de profesionales construida en el proyecto “Empalme” y desarrollamos talleres de Educación Sexual Integral en escuelas y CAPS.

Este documento invita a adentrarse en esas experiencias concretas, en las tramas donde el derecho se tensiona, se disputa y también se hace posible. Porque comprender cómo operan hoy las barreras no solo permite dimensionar los desafíos, sino también identificar las estrategias colectivas que se construyen para enfrentarlos. Leerlo es, en definitiva, una forma de seguir pensando formas de desarmar y desandar el laberinto.

7 - Se refiere a Misoprostol y Mifepristona.



El consultorio comunitario se constituye como un espacio de escucha activa y de construcción colectiva de saberes, donde se expresan con claridad los efectos de un Estado y una administración pública neoliberal que, a partir de recortes en las políticas de salud, la desinformación persistente y la reproducción de discursos conservadores y de odio, continúan obstaculizando el ejercicio pleno de derechos.

Nuestro dispositivo de intervención cumple un rol clave en la detección de las barreras y obstáculos que atraviesan las personas con capacidad de gestar dentro del sistema público de salud en Tucumán al momento de acceder a la IVE/ILE. A partir del acompañamiento cotidiano y del intercambio permanente entre quienes transitan estas experiencias y quienes acompañamos desde este espacio, se visibilizan de manera reiterada las “rutas” y los “laberintos” que muchas mujeres y personas gestantes deben recorrer para acceder a una práctica legal, segura y gratuita. La detección de estas barreras es el resultado de un trabajo colectivo: de quienes dicen basta, y ponen en palabras las violencias y desigualdades vividas, y de quienes las acompañamos, registramos, sistematizamos y juntas transformamos esas experiencias en acciones político-sociales orientadas al cambio.

En este sentido, la remoción de barreras desde el consultorio

no constituye una acción asistencial, sino que es una intervención preventiva, educativa y de promoción de salud, que a su vez es profundamente política: una práctica que disputa sentidos, fortalece el conocimiento y el ejercicio de derechos, y promueve el acceso efectivo a la salud integral desde una perspectiva comunitaria, feminista y de justicia reproductiva.

Como organización, asumimos la responsabilidad de escuchar, acompañar y dar respuesta a esas voces que expresan una demanda social colectiva y que evidencian derechos vulnerados, apostando a una mirada integral, interseccional e interdisciplinaria de la salud⁸ como derecho, orientada a garantizar la libertad y la igualdad real de oportunidades, para que abortar no vuelva a ser un privilegio.

8 - Mónaco Rodríguez, M. F. (2024). *Randa feminista: hilvanando historias urgentes*. Fundación Mujeres x Mujeres.



¿Cómo se construye el laberinto?



El **laberinto** se describe como el camino sinuoso, confuso y agotador que las mujeres y personas gestantes deben recorrer para intentar hacer efectivo su derecho a la interrupción del embarazo. No es un camino lineal, sino una trayectoria marcada por la incertidumbre, donde la persona es derivada de un lugar a otro sin soluciones claras, una paradoja entre ser “derivada” y quedar “a la deriva”.

- **Construcción del laberinto:** Se edifica mediante la desinformación persistente, la falta de orientación adecuada y la fragmentación de la atención, lo que obliga a las personas a transitar por múltiples oficinas y hospitales.
- **Impacto:** Este recorrido produce un desgaste físico y emocional que busca que la persona desista de su decisión o se agote en el proceso. Cruzar el laberinto, a menudo, depende más de la “voluntad individual” de los profesionales o del acompañamiento de organizaciones que de políticas públicas claras.

Las **barreras**: las barreras en el acceso a la salud son obstáculos concretos, prácticas restrictivas y mecanismos institucionales que limitan o impiden el ejercicio efectivo del derecho a la salud integral.



De acuerdo con el marco desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, los sistemas de salud deben garantizar cuatro dimensiones fundamentales: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad⁹.

Estas dimensiones constituyen criterios para evaluar el funcionamiento de los sistemas de salud y permiten identificar obstáculos que limitan el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias. Cuando estas condiciones no se cumplen, emergen barreras que dificultan o impiden el ejercicio pleno de los derechos, entre ellos el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE).

A su vez, como lo mencionamos anteriormente, en nuestro país, la identificación de estos obstáculos también fue señalada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina en el fallo: “F.A.L. s/ Medida autosatisfactiva”, donde el tribunal advirtió que las mujeres y personas gestantes enfrentan diversos obstáculos administrativos, institucionales y judiciales que dificultan el acceso a los abortos permitidos por la ley.

En este sentido, el análisis de las barreras permite comprender las tensiones existentes entre el marco normativo que reconoce derechos y las condiciones concretas de acceso en el sistema de salud, constituyéndose en una herramienta fundamental para fortalecer estrategias de acompañamiento,

9 - Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. Naciones Unidas.

garantizar el acceso efectivo a las prestaciones y promover prácticas sanitarias basadas en derechos.



BARRERAS

burocráticas- administrativas

En este marco, las barreras pueden comprender obstáculos: administrativos, materiales, institucionales o culturales que restringen el acceso oportuno a la atención sanitaria.

- Barreras burocráticas-administrativas: afectan principalmente la accesibilidad a los servicios de salud. Incluyen la falta de turnos, la asignación de turnos con demoras excesivas, derivaciones incorrectas, circuitos administrativos innecesarios o la exigencia de requisitos no contemplados en la normativa vigente (como autorizaciones judiciales, firmas de directivos o juntas médicas). Estas prácticas generan demoras que pueden obstaculizar el acceso oportuno a la práctica.

Estas barreras tienen un correlato en la vida real y cotidiana de usuarias que las viven en carne propia:

-Experiencias de barreras burocráticas- administrativas en el acceso a la IVE/ILE (caso de Valentina, Camila y Paula)



Valentina:¹⁰

El 7 de noviembre de 2025 Valentina entra a un hospital con especialidad en gineco-obstetricia¹¹. Pide una IVE. Habla claro, segura de su decisión, pero la respuesta del otro lado del mostrador es burocrática y escueta: “turno para el 17 de diciembre”. Más de un mes. Para ella, el tiempo no es un detalle: es presión, es angustia, es sentir que el cuerpo ya no le pertenece del todo. Pregunta en otros hospitales. Todos la derivan al mismo. “Ahí está la especialidad”, le dicen. Pero esa palabra ya no le suena a garantía, sino a trampa.

Esta no es la primera vez que ella pasa por esto; un año antes, quiso interrumpir un embarazo, la pasearon por consultorios y pasillos hasta darle un turno. Después, una médica le dijo que necesitaba una ecografía y que ella no solía hacer “eso” [refiriéndose a la práctica del aborto]. El hospital no hacía ecografías, así que Valentina fue a un establecimiento de salud privado. Allí, sin preguntarle, hicieron que escuchara los latidos del feto. Sintió que querían que dudara, que se quebrara. Y se quebró: no cambió de decisión, pero se agotó. Desistió y continuó con el embarazo.

10 - Con el fin de resguardar la confidencialidad de las personas involucradas, los nombres utilizados en los casos han sido modificados.

11 - En este documento no se identifican los hospitales específicos involucrados en los casos citados. Esta decisión responde a que el objetivo del insumo es principalmente comunicativo y educativo, priorizando la comprensión de las situaciones y de los derechos involucrados por parte de personas de distintos contextos, especialmente de quienes no residen en la provincia, antes que la individualización de las instituciones.

Ahora no quiere que vuelva a pasar. Sale del hospital con bronca, pero también con claridad. Saca el teléfono y busca a la Fundación MXM. Valentina no está pidiendo permiso. Está buscando: que esta vez la dejen decidir sin que la empujen, sin que la cansen, sin que su derecho dependa de cuánto pueda resistir.

Análisis del caso

El caso de Valentina personifica la brecha crítica entre la legalidad vigente (Fallo F.A.L. y Ley 27.610) y la práctica institucional obstructiva. Al vincular su historia con el marco normativo, se observa cómo el sistema de salud transforma un derecho en una “trampa” administrativa que busca el agotamiento de la persona gestante: Analicemos lo que sucede aquí...

1. La violación sistemática del plazo legal (Art. 5 - Ley 27.610) La ley es CLARA: el plazo máximo para garantizar la interrupción del embarazo es de 10 días corridos.

- En el caso de Valentina: al solicitar la IVE el 7 de noviembre de 2025, el hospital le otorgó un turno para el 17 de diciembre, es decir, 40 días después.
- Vínculo legal: esta dilación no es un error de agenda, sino un obstáculo administrativo injustificado que el fallo “F.A.L.” prohíbe explícitamente, ya que “vacía de contenido el permiso otorgado por el ordenamiento jurídico”. Esta demora forzada convierte el tiempo en una herramienta de presión psicológica y física sobre el cuerpo de Valentina.

2. La derivación como “trampa” (Art. 10 inc. B - Ley 27.610) la normativa exige una derivación de buena fe, temporal y sin dilaciones.

- En el caso de Valentina: recorrió otros hospitales bus-

cando una solución, pero todos la derivaron sistemáticamente al mismo centro que ya le negó el acceso oportuno, alegando que allí está la “especialidad”.

- **Vínculo legal:** esta práctica desvirtúa el espíritu de la ley. En lugar de ser un puente hacia el derecho, la derivación se utiliza como un mecanismo de recirculación dentro del laberinto, obligándola a volver al punto de obstrucción original. Esto contradice el mandato de la Corte Suprema de eliminar cualquier requisito que introduzca restricciones no previstas por el legislador.

3. El agotamiento como mecanismo de disciplinamiento: el fallo “F.A.L.” advierte que las dilaciones operan como mecanismos de disciplinamiento institucional.

- En el caso de Valentina: su historia está marcada por una vulnerabilidad previa (en 2024 fue obligada a escuchar latidos fetales, lo que la llevó a desistir de interrumpir un embarazo por agotamiento). El sistema utiliza la burocracia actual para reactivar ese cansancio.

- **Vínculo legal:** la falta de turnos y la “peregrinación” por hospitales no son fallas logísticas, sino una forma de violencia institucional (Ley 26.485). El Estado, a través de sus agentes, produce una vulneración específica al intentar que la persona, ante la desesperación y el maltrato, abandone la decisión de ejercer su autonomía reproductiva.

4. Ciudadanía incompleta e inseguridad jurídica: como ya fue señalado, sin la posibilidad real de decidir, la igualdad se vuelve abstracta. Valentina no llegó al hospital desde la confusión, sino desde el aprendizaje de haber sido violentada antes, sin embargo, el sistema le responde nuevamente con la “negativa disfrazada de argumento” burocrático.

En conclusión, el caso de Valentina demuestra que el “jaque” legal al patriarcado aún no es un “jaque mate”, ya que las instituciones en Tucumán utilizan los turnos y las derivaciones para restaurar la maternidad como un destino obligatorio a través del desgaste.



Camila:¹²

Camila tiene 25 años y una historia atravesada por la violencia. Fue abusada sexualmente y de ese hecho tuvo un embarazo que nunca eligió. A las 18 semanas de gestación, el 3 de diciembre de 2025, fue a un hospital con especialidad en gineco-obstetricia, a pedir una interrupción legal del embarazo. No la escucharon. Le dijeron que volviera “cuando esté de 9 meses”.

Llegó a la oficina de asistencia a la víctima del Poder Judicial, donde la derivaron a la Fundación Mujeres por Mujeres. Con acompañamiento volvió al hospital, pero empezó un recorrido de esperas, derivaciones y negativas: estudios médicos que demoraban, un laboratorio que la enviaba de un lado a otro, y hasta una firma de dirección que no era necesaria para acceder a la medicación y que le negaron dos veces. Cada paso era un obstáculo.

Recién el 15 de diciembre de 2025 accedió a la ILE. No porque el sistema hubiera garantizado su derecho, sino porque no estuvo sola para atravesar un camino que nunca debió ser un laberinto.

12 - Con el fin de resguardar la confidencialidad de las personas involucradas, los nombres utilizados en los casos han sido modificados.

Análisis del caso

El caso de Camila es uno de los más críticos, ya que involucra una interrupción legal del embarazo (ILE) derivada de una violación, un derecho que en Argentina está reconocido desde 1921 y fue ratificado por el fallo F.A.L.. Su historia permite profundizar en cómo el sistema de salud no solo pone barreras, sino que ejerce una violencia institucional y revictimización extrema.

- **Negación de derecho y revictimización institucional:** cuando Camila acude a un Hospital especializado en gineco-obstetricia con 18 semanas de gestación tras sufrir un abuso, la respuesta del personal fue decirle que regresara “cuando esté de 9 meses, cuando ya lo haya tenido”. Esta negativa no es solo una barrera, es un acto de disciplinamiento institucional que busca imponer la maternidad como destino obligatorio, ignorando la urgencia de una víctima de violencia sexual.
- **El laberinto del “ping-pong” administrativo:** una vez que logró ser atendida gracias a su insistencia y a la de esta Fundación, ella fue sometida a una peregrinación agotadora entre el laboratorio y la guardia médica. Este movimiento constante, donde se la trató como si su urgencia fuera un “trámite más”, buscó el desgaste físico y emocional de la persona gestante para que desista del proceso.
- **Exigencia de requisitos inexistentes:** el hospital le so-

licitó una firma de la dirección para entregarle la medicación, un requisito que no era necesario. Según el fallo F.A.L., cualquier exigencia adicional —judicial o administrativa— es jurídicamente inadmisibles, ya que introduce restricciones no previstas por la ley y vacía de contenido el derecho.

- Incumplimiento de los plazos (Art. 5 - Ley 27.610): Camila inició su pedido el 3 de diciembre y recién pudo acceder a la práctica el 15 de diciembre. Aunque finalmente lo logró, el proceso superó el plazo de 10 días corridos que establece la ley, demostrando que incluso en casos de ILE por violación, el Estado falla en garantizar la atención “temporánea y oportuna”.

La importancia de lo colectivo: el desenlace del caso de Camila subraya que el acceso a nuestros derechos, necesitan de una trinchera colectiva que pueje para obtener respuestas, en este contexto, donde el mismo territorio se vuelve inesperado, asumiendo el espacio público como un territorio en disputa supone reescribir un desenlace, una trama que responda a nuestro favor y que resuelva la demanda de Camila. Como fundación la acompañamos y junto a ella y su madre pudimos lograr que reciba atención.



Paula¹³

Paula supo desde el primer momento cuál era la decisión que necesitaba tomar. El embarazo que cursaba era consecuencia de una situación de violencia sexual y, amparada por la ley, solicitó acceder a una interrupción legal del embarazo dentro del sistema público de salud. Creía que encontraría una respuesta rápida, respetuosa y acorde con sus derechos. Sin embargo, el camino fue muy distinto.

Cada consulta terminaba en una nueva derivación. Cada profesional parecía enviarla a otro lugar. Los días pasaban y la práctica que había solicitado seguía sin concretarse. A las demoras se sumaban respuestas contradictorias y la sensación de que nadie asumía la responsabilidad de resolver su situación.

Lo más difícil no fue solo esperar. En lugar de recibir una atención centrada en sus derechos, Paula tuvo que atravesar una y otra vez instancias de interrogatorio. A lo largo de ese recorrido, doce profesionales diferentes la entrevistaron, cuestionaron su decisión e intentaron disuadirla de continuar con el procedimiento que había solicitado. En cada encuentro volvió a explicar que el embarazo era consecuencia de una violencia sexual, respondió preguntas sobre aspectos profundamente íntimos de su vida y revivió un hecho traumático

13 - Con el fin de resguardar la confidencialidad de las personas involucradas, los nombres utilizados en los casos han sido modificados

que ya había relatado en numerosas oportunidades. Lo que debía ser un proceso de acompañamiento terminó convirtiéndose en una experiencia profundamente revictimizante.

Mientras tanto, su vida seguía. Era madre y principal cuidadora de una niña de diez años con TDAH, se encontraba desempleada y trataba de sostener su hogar en medio de la incertidumbre. La falta de respuestas no solo prolongaba el embarazo que había decidido interrumpir, sino que también profundizaba la angustia, la ansiedad y el sentimiento de desamparo.

Cuando integrantes de una fundación conocieron su caso, comprendieron que Paula no necesitaba únicamente información: necesitaba que alguien caminara a su lado. Escucharon su historia, analizaron la situación y comenzaron a realizar gestiones para que el sistema de salud garantizara el derecho que la ley ya le reconocía.

El acompañamiento no se limitó a llamados telefónicos. Fue necesario concurrir en dos oportunidades al Hospital. En la primera visita se presentó formalmente una nota administrativa en la que se expusieron los antecedentes del caso, las demoras sufridas y la necesidad de garantizar de manera inmediata el acceso a la práctica solicitada. Como esa gestión no fue suficiente para obtener una respuesta concreta, se organizó una segunda intervención.

En esa oportunidad, integrantes de la fundación asistieron junto con su equipo legal para mantener una reunión con las

máximas autoridades del hospital, asesoras jurídicas y profesionales del sistema de salud. Durante ese encuentro se expusieron las graves vulneraciones de derechos que Paula había atravesado, se cuestionaron las demoras injustificadas y se exigió que el establecimiento garantizara, de manera inmediata, la interrupción legal del embarazo conforme a la normativa vigente.

Finalmente, el esfuerzo conjunto dio resultado. Como consecuencia de las gestiones realizadas y de esa reunión institucional, se acordó que Paula sería internada en el Hospital para realizar la práctica médica indicada, con la intervención de los equipos correspondientes y el acompañamiento profesional necesario. Días después, la interrupción legal del embarazo se llevó a cabo en condiciones seguras, dentro del sistema público de salud.

Aquella resolución no borró el dolor ni las dificultades que Paula había atravesado. Tampoco compensó las semanas de espera, las derivaciones innecesarias, los interrogatorios, los intentos de disuadirla ni las situaciones que vulneraron su dignidad. Pero significó que, finalmente, el Estado cumpliera con la obligación de garantizar un derecho que Paula había solicitado desde el principio.

Análisis del caso

La historia de Paula recuerda que detrás de cada expediente hay una persona. También nos enseña que el acceso a un derecho no debería depender de la perseverancia de quien lo reclama ni de la intervención extraordinaria de organizaciones que deban exigir su cumplimiento. Los derechos existen para ser garantizados de manera oportuna, humana y respetuosa, especialmente, cuando quien los necesita atraviesa una situación de tanta vulnerabilidad.

1. La revictimización mediante interrogatorios reiterados (Fallo F.A.L.; Ley 26.485; Ley 27.610)

El embarazo de Paula era consecuencia de una violencia sexual, supuesto contemplado por el artículo 86 inciso 2° del Código Penal, el Fallo F.A.L. y posteriormente por la Ley 27.610.

- En el caso de Paula: durante el proceso fue entrevistada por doce profesionales distintos. En cada encuentro debió volver a narrar la violencia sexual sufrida, responder preguntas sobre aspectos íntimos de su vida y justificar una decisión que la legislación argentina reconoce como un derecho.
- Vínculo legal: el Fallo F.A.L. estableció que las personas víctimas de violencia sexual no deben atravesar procedimientos que impliquen nuevas formas de violencia o sufrimiento. La reiteración innecesaria de

entrevistas constituye una forma de revictimización institucional, prohibida también por la Ley 26.485, al obligar a la persona a revivir reiteradamente el hecho traumático para acceder a una prestación que no requiere acreditaciones adicionales.

2. La fragmentación de responsabilidades como mecanismo de obstrucción (Ley 27.610; Fallo F.A.L.)

El acceso a la ILE exige que el sistema de salud garantice una respuesta integral, coordinada y oportuna.

- En el caso de Paula: ningún profesional asumió efectivamente la resolución del caso. Cada consulta terminaba con una nueva derivación, generando un circuito donde la responsabilidad se diluía entre distintos servicios y equipos.
- Vínculo legal: esta práctica contradice el principio de accesibilidad previsto en la Ley 27.610 y el mandato del Fallo F.A.L., que exige eliminar obstáculos administrativos innecesarios. La multiplicación de derivaciones transforma la organización institucional en una barrera de acceso, haciendo que el propio funcionamiento del sistema impida el ejercicio del derecho.

3. La demora injustificada como forma de violencia institucional (Art. 5 Ley 27.610; Ley 26.485)

La Ley 27.610 establece que la práctica debe garantizarse dentro del plazo máximo de diez días corridos desde su soli-

cidad.

- En el caso de Paula: aunque finalmente accedió a la práctica, ello ocurrió únicamente después de numerosas semanas de espera y tras la intervención directa de una organización de la sociedad civil que presentó notas administrativas, realizó reuniones institucionales y exigió el cumplimiento de la normativa.
- Vínculo legal: cuando el acceso depende de gestiones extraordinarias para obtener una respuesta estatal, el sistema incumple su obligación de garantizar una atención oportuna. La demora deja de ser una simple deficiencia administrativa para convertirse en violencia institucional, ya que prolonga innecesariamente el embarazo, incrementa el sufrimiento y coloca sobre la persona gestante la carga de hacer cumplir un derecho que el Estado debería garantizar de oficio.

4. La desconfianza institucional y la tutela sobre la autonomía (Ley 27.610; Ley 26.529)

La Ley 27.610 reconoce que la sola voluntad de la persona gestante resulta suficiente para acceder a la práctica dentro de los supuestos legales.

- En el caso de Paula: lejos de respetar esa autonomía, numerosos profesionales cuestionaron reiteradamente su decisión e intentaron persuadirla para que desistiera del procedimiento solicitado.

- Vínculo legal: estos intentos de disuasión vulneran el principio de autonomía reconocido tanto por la Ley 27.610 como por la Ley 26.529 de Derechos del Paciente. El rol del sistema sanitario consiste en brindar información clara y acompañamiento, no en ejercer presión moral sobre las decisiones reproductivas de las personas usuarias.

5. La desigualdad en el acceso a los derechos: cuando el cumplimiento depende del acompañamiento colectivo

La experiencia de Paula demuestra que, aun cuando el marco jurídico reconoce plenamente el derecho a la interrupción legal del embarazo, su ejercicio efectivo continúa dependiendo, en muchos casos, de la capacidad de las personas para movilizar recursos externos.

- En el caso de Paula: solo la intervención sostenida de la Fundación Mujeres por Mujeres —mediante acompañamiento, presentaciones administrativas y reuniones con las autoridades hospitalarias— permitió desarticular un procedimiento que el propio Estado tenía la obligación de garantizar desde el inicio.

- Vínculo legal: el derecho al acceso a la salud debe garantizarse en condiciones de igualdad. Cuando únicamente quienes cuentan con asesoramiento jurídico, organizaciones acompañantes o redes de apoyo logran superar las barreras institucionales, se produce una ciudadanía desigual, donde los derechos dejan de ser

universales para depender del capital social, jurídico o político de cada persona.

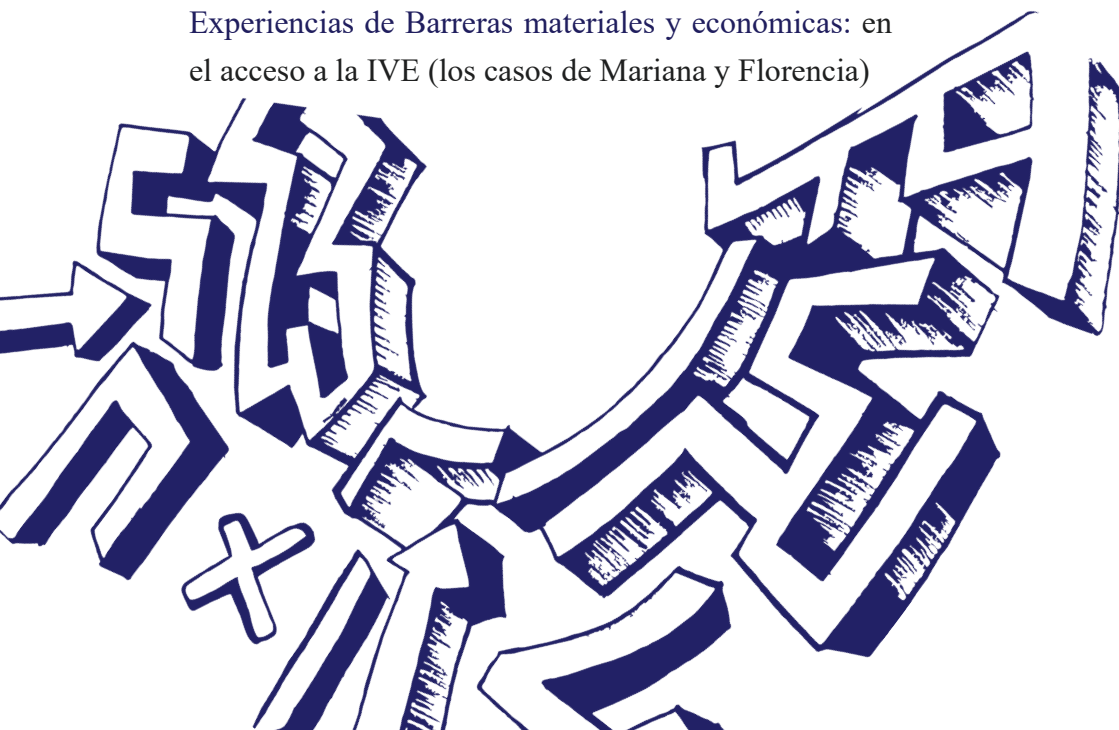
El caso de Paula demuestra que las barreras al acceso a la interrupción legal del embarazo no siempre se manifiestan mediante una negativa explícita. En ocasiones, el sistema despliega estrategias más sutiles: multiplica entrevistas, fragmenta responsabilidades, dilata decisiones y somete a las personas a un proceso de desgaste que busca poner a prueba la persistencia de su voluntad. La violencia institucional ya no opera únicamente diciendo “no”, sino haciendo que el derecho parezca inalcanzable. La historia de Paula evidencia que el mayor obstáculo no fue la ausencia de normas, sino la resistencia institucional a aplicarlas, obligando a una víctima de violencia sexual a recorrer un laberinto burocrático para acceder a un derecho que el ordenamiento jurídico argentino le garantizaba desde el primer momento.

BARRERAS

materiales y económicas

● Barreras materiales y económicas: afectan la disponibilidad y la calidad de la atención sanitaria. Entre ellas se encuentran el desabastecimiento de medicamentos (misoprostol, mifepristona), limitaciones en la disponibilidad de profesionales con capacitación específica, la insuficiencia de recursos humanos en los centros de salud y la carencia de insumos sanitarios o equipamiento técnico (como ecógrafos) necesarios para garantizar una atención segura.

Experiencias de Barreras materiales y económicas: en el acceso a la IVE (los casos de Mariana y Florencia)





Mariana:¹⁴

Mariana tiene dos hijos y una certeza: no puede tener otro. Con esa decisión va a un centro de atención primaria de salud (CAPS) a pedir una IVE, pero le dicen que no tienen medicación y la mandan a un hospital de mayor complejidad, sin más orientación.

Llega a un hospital con especialidad en gineco-obstetricia, una portera le susurra que es su derecho, aunque ahí no se la van a dar. Cuando la atiende la ginecóloga, no encuentra acompañamiento sino miedo: que el embarazo está “muy avanzado”, que “ya es grandecito”. Mariana está de 11 semanas. Le hablan de riesgos sin claridad y le advierten que, si le “pasa algo”, no le garantizan buen trato en la guardia y además, solo podía ofrecerle una receta, ya que no contaban con medicación gratuita.

Ella se siente presionada y explica que no puede seguir esperando y que la medicación es costosa, pero no recibe soluciones, solo advertencias. Mariana sale con angustia, pero sin dudas, su decisión es firme.

14 - Con el fin de resguardar la confidencialidad de las personas involucradas, los nombres utilizados en los casos han sido modificados.

Análisis del caso

El análisis del caso de Mariana permite identificar que el desabastecimiento de medicación no es un accidente administrativo, sino una consecuencia directa de una política de Estado basada en la “racionalidad neoliberal” y el ajuste fiscal.

Este vínculo se manifiesta de las siguientes maneras:

1. El desabastecimiento como barrera de entrada al sistema:

Mariana inicia su recorrido en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS), donde la respuesta oficial es la carencia material: le informan que “no tienen medicación”. Esta falta de insumos es el resultado del desfinanciamiento de políticas públicas y programas clave como el “Remediar”, que deberían funcionar como el “puente” para el acceso real a la salud.

El desabastecimiento que afectó a Mariana no es un incidente aislado, sino un patrón sistemático que atraviesa casi la totalidad del territorio tucumano. Esto se vio reflejado también en el monitoreo realizado por la Fundación MxM que revela que el Estado ha dejado de cumplir su rol de garante del derecho a la salud, convirtiendo la falta de insumos en una barrera estructural que se manifiesta con especial crudeza en los departamentos del interior de la provincia. Al momento

de finalizar nuestro Empalme Verde¹⁵, departamentos claves como Trancas, Burruyacú, Tañ del Valle, Simoca, Cruz Alta, Monteros, La Cocha, Río Chico, Leales y Graneros, entre otros, no contaban con medicación para garantizar la IVE. Incluso en la capital, San Miguel de Tucumán, se registró la misma carencia material.

- El desabastecimiento no se limita a la interrupción del embarazo; afecta la provisión de preservativos y métodos anticonceptivos en diversas comunas como El Chañar, El Naranjito y San Pedro de Colalao. En El Siambón, la directora del CAPS llegó a declarar que entregan anticonceptivos vencidos debido a que la crisis poblacional es “terrible”.

Esta carencia material no es un error administrativo, sino una forma de violencia institucional contra la libertad reproductiva. Al desfinanciar las políticas públicas, el Estado empuja a las personas con capacidad de gestar a un laberinto de circulación donde, como en el caso de Mariana, el acceso a la ciudadanía sexual depende de “cuánto miedo estén dispuestas a soportar” o de si cuentan con recursos económicos para recurrir al sector privado a comprar la medicación.

2. La transformación del derecho en mercancía:

En el relato, Mariana explica que “la medicación es costosa” y que no puede seguir esperando. Aquí se observa lo que

15 - https://mujeresxmujeres.org.ar/wp-content/uploads/2023/07/EM-PALME-VERDE-DIGITAL_11zon-1.pdf

Wendy Brown define como la “racionalidad neoliberal”: el Estado deja de concebir la salud como una garantía universal y la desplaza hacia una lógica de responsabilidad individual y de costo-beneficio. Al no proveer los fármacos, el Estado obliga a la persona a recurrir al mercado privado, transformando un derecho legal en una mercancía accesible solo para quienes tienen recursos económicos.

“Entonces, nos preguntamos: ¿estamos retornando a una lógica en la que quienes puede pagar acceden a la interrupción voluntaria del embarazo, mientras que quienes no cuentan con recursos económicos quedan expuestas a prácticas clandestinas?”.

3. Producción de desigualdad material:

Los recortes en el “gasto social” no son neutros, sino que producen desigualdad social-material. El caso de Mariana ilustra esta brecha:

- Para quienes tienen recursos: pueden evitar un sistema público de salud desabastecido pagando consultas o fármacos privados.
- Para Mariana: la falta de provisión estatal la expone a dilaciones y maltratos en hospitales de mayor complejidad, lo que constituye una “nueva forma de volver a la clandestinidad” dentro del propio sistema público.

4. El desabastecimiento como disparador del “laberinto”

La falta de medicación en el CAPS fue el primer paso para

construir un laberinto institucional. Al ser derivada sin orientación clara debido a la falta de insumos, Mariana quedó a merced de voluntades individuales. En el hospital de mayor complejidad, la carencia material se complementó con barreras ideológicas: la ginecóloga usó el tiempo a su favor para infundir miedo (alegando que el embarazo está “muy avanzado”) y advirtiendo sobre posibles malos tratos en la guardia “si algo le pasa” a ese embarazo.

5. Incumplimiento del deber de garante

El fallo F.A.L. estableció que el Estado, como administrador de la salud pública, tiene la obligación de poner a disposición las condiciones médicas necesarias de manera rápida, accesible y segura. Al desfinanciar programas de salud sexual, el Estado incumple su rol de garante, vaciando de contenido el permiso legal y sometiendo la autonomía de Mariana a “cuánto miedo esté dispuesta a soportar”.

En conclusión, el desabastecimiento que sufrió Mariana es una herramienta de violencia institucional. Es una política que utiliza el recorte presupuestario para restaurar el control sobre los cuerpos, haciendo que la igualdad real de oportunidades sea “abstracta” si no existen las condiciones materiales para ejercerla.



Florencia:¹⁶

Florencia ingresó al sistema de salud con siete semanas de gestación. Cuando decidió buscar información, pensó que el camino sería relativamente sencillo: hacer una consulta, recibir asesoramiento y encontrar una respuesta... pero ese camino pronto empezó a transformarse en otra cosa.

El primer lugar al que acudió fue al CAPS de su barrio. Allí preguntó si podían orientarla sobre la posibilidad de realizar una interrupción voluntaria del embarazo. La médica ginecóloga que la atendió le respondió que era objetora de conciencia. No le explicó cuáles eran sus derechos, ni cómo podía acceder a la práctica. Sólo le dijo, de manera breve, que fuera un hospital con especialidad en gineco-obstetricia.

Florencia salió de allí con más dudas que certezas, pero siguió intentando. Sacó un turno con una ginecóloga en un Hospital y esperó el día de la consulta.

Cuando finalmente llegó, la experiencia no fue la que esperaba. No sólo sintió un trato hostil, sino que la respuesta volvió a cerrar una puerta: le dijeron que no había medicación. No había pastillas en el hospital. Tampoco, según le informaron, en las farmacias.

Después de pasar por esos dos efectores de salud, Florencia decidió probar en otro lugar. Fue a otro hospital. En la mesa de entrada preguntó por la práctica, pero le respondieron que

16 - Con el fin de resguardar la confidencialidad de las personas involucradas, los nombres utilizados en los casos han sido modificados.

allí no se hacía. Mientras se retiraba, un trabajador del hospital que había escuchado la conversación se acercó discretamente y le anotó en un papel el número de la línea de salud sexual. Florencia llamó a ese número. Del otro lado le dieron un turno en una Policlínica. El recorrido continuaba...

Cuando finalmente llegó a la consulta, la respuesta fue otra vez incompleta: allí podían darle el asesoramiento y la receta, pero no la medicación gratuita. En ese momento, en este servicio de salud no había pastillas disponibles.

Florencia empezó entonces otra búsqueda, esta vez por farmacias. Preguntó en varias. La respuesta era siempre la misma: sí, había medicación, pero el precio rondaba los \$200.000 pesos o más. La cifra era demasiado alta.

En el caso de Florencia, el desabastecimiento de medicación en los servicios públicos trasladó el costo de la práctica a la paciente y no al mercado farmacéutico. El valor de las pastillas —alrededor de 200.000 pesos¹⁷— representa aproximadamente el 57 % del salario mínimo mensual vigente en Argentina, que en mayo de 2026 se ubica en 363.000 pesos. En términos concretos, esto implica que una persona que percibe un ingreso mínimo debería destinar más de la mitad de su salario mensual para poder acceder a la medicación, lo que transforma la falta de insumos en una barrera económica significativa para el ejercicio efectivo del derecho a la inte-

17 - Según el consejo del Salario/ Ministerio de Capital Humano el SMVM (salario Mínimo, Vital y Móvil) y Según el INDEC la CBT (Cantada Básica Total) es de \$1.469.768

rrupción voluntaria del embarazo.

En un contexto donde muchos ingresos se encuentran muy por debajo de ese monto, pagar 200.000 pesos por una medicación representa una barrera económica difícil de superar. Mientras tanto, el tiempo seguía pasando.

Lo que había comenzado con siete semanas de gestación se convirtió en un recorrido de consultas, derivaciones incompletas, respuestas fragmentadas y búsquedas personales que se extendieron durante semanas.

Cuando Florencia finalmente llegó a la fundación para pedir asesoramiento, ya tenía once semanas de embarazo.

Su recorrido deja ver algo que a veces queda oculto detrás de los protocolos y las normativas: cuando el sistema de salud no logra garantizar información clara, derivaciones efectivas y disponibilidad de insumos, las personas no son realmente derivadas.

Análisis del caso

El caso de Florencia permite observar cómo distintas barreras institucionales, materiales y económicas pueden superponerse hasta transformar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en un recorrido fragmentado y desgastante. Aunque Florencia ingresó al sistema de salud con siete semanas de gestación y con una decisión clara, la falta de información, las derivaciones incompletas y el desabastecimiento de medicación hicieron que llegara a la Fundación con once semanas de embarazo.

1. La objeción de conciencia sin una derivación efectiva

La objeción de conciencia de un/a profesional no puede convertirse en una barrera para el acceso a la práctica. Frente a una solicitud de IVE/ILE, el sistema de salud debe garantizar información clara y una derivación que permita continuar la atención de manera oportuna.

En el caso de Florencia: el primer lugar al que acudió fue el CAPS de su barrio. Allí, la médica ginecóloga le informó que era objetora de conciencia, pero no le explicó cuáles eran sus derechos ni cómo podía acceder efectivamente a la práctica. La única indicación que recibió fue que acudiera a un hospital con especialidad en gineco-obstetricia.

La objeción de conciencia no puede traducirse en abandono, desinformación o interrupción del circuito de atención. Cuando una persona debe reconstruir por sus propios medios

el camino para acceder a una prestación legal, la derivación deja de funcionar como garantía y se convierte en una nueva barrera.

2. El desabastecimiento como barrera material

El reconocimiento formal de un derecho requiere que existan las condiciones materiales necesarias para ejercerlo. En el acceso a la IVE/ILE, esto implica contar, entre otras cosas, con disponibilidad efectiva de la medicación necesaria.

En el caso de Florencia: después de ser derivada, acudió a distintos efectores del sistema público. En uno le informaron que no había medicación; en otro, directamente, que la práctica no se realizaba. Finalmente llegó a una Policlínica donde podían brindarle asesoramiento y una receta, pero tampoco contaban con medicación gratuita.

Cuando los servicios de salud pueden informar o prescribir una práctica pero no cuentan con los insumos necesarios para garantizarla, el derecho queda incompleto. La falta de medicación traslada a la persona gestante la responsabilidad de resolver por sus propios medios una carencia que corresponde al sistema de salud.

3. Cuando la falta de insumos se transforma en una barrera económica

El desabastecimiento no produce únicamente una dificultad material. Cuando la única alternativa disponible es adquirir la medicación en el mercado privado, la posibilidad de ejercer

el derecho comienza a depender de la capacidad económica de cada persona.

Luego de recorrer distintos servicios de salud sin conseguir la medicación, comenzó a buscarla en farmacias. Allí encontró que el precio rondaba los \$200.000 o más, un monto que no podía afrontar y que representaba una parte significativa de un ingreso mínimo mensual.

Trasladar el costo de la práctica a la persona usuaria genera una desigualdad concreta en el acceso. El derecho deja de estar garantizado en condiciones de igualdad y comienza a depender de los recursos económicos disponibles. De esta manera, una barrera material se convierte también en una barrera económica.

4. La fragmentación del sistema y el tiempo como obstáculo

La accesibilidad no depende solamente de que exista algún lugar donde eventualmente pueda realizarse la práctica. El sistema debe ofrecer un circuito claro, articulado y oportuno que evite que las personas sean enviadas de un establecimiento a otro sin una respuesta efectiva.

En el caso de Florencia: ingresó al sistema de salud con siete semanas de gestación. Pasó por un CAPS, un hospital con especialidad en gineco-obstetricia, otro hospital, la línea de salud sexual, una Policlínica y distintas farmacias. Cuando finalmente llegó a la Fundación en busca de asesoramiento,

ya cursaba once semanas de embarazo.

Las derivaciones incompletas, la falta de información y el desabastecimiento hicieron que el tiempo avanzara mientras Florencia intentaba resolver individualmente aquello que el sistema debía garantizar. Así, la fragmentación institucional termina construyendo el propio laberinto: la persona circula por distintos espacios, pero ninguna institución asume integralmente la responsabilidad de garantizar el acceso.

En conclusión

El recorrido de Florencia muestra cómo las barreras no actúan de manera aislada. La objeción de conciencia sin orientación adecuada, las derivaciones incompletas, el desabastecimiento de medicación y su elevado costo en el mercado privado se fueron acumulando hasta prolongar durante semanas un proceso que debía ser accesible y oportuno.

Florencia no llegó tarde al sistema: ingresó con siete semanas de gestación. Fue el propio recorrido institucional el que consumió tiempo y trasladó sobre ella la tarea de encontrar información, buscar efectores y conseguir la medicación. Su experiencia muestra que un derecho no se garantiza solamente porque esté reconocido por la ley: también requiere información, recursos, articulación institucional y condiciones materiales que permitan ejercerlo efectivamente.

Su recorrido deja ver algo que a veces queda oculto detrás de los protocolos y las normativas: cuando el sistema de salud

no logra garantizar información clara, derivaciones efectivas y disponibilidad de insumos, las personas no son realmente derivadas.

BARRERAS

del equipo de salud

● Barreras vinculadas al equipo de salud: impactan principalmente en la aceptabilidad y la accesibilidad de los servicios. Se expresan a través de situaciones de destrato, estigmatización o juicios morales hacia las personas que solicitan la práctica, el uso indebido de la objeción de conciencia o la difusión de información falsa o engañosa sobre la normativa vigente o las condiciones de acceso. Qué es lo opuesto a lo que el enfoque de derecho en la salud propone: trato digno y respetuoso para todas las personas que acceden al servicio.

Experiencias de Barreras vinculadas al equipo de salud en el acceso a la IVE (caso de Rocío y Luján)





Rocío:¹⁸

Rocío llegó a un hospital de la capital de Tucumán con una decisión tomada: quiere una IVE. No llegó confundida, llegó informada, sabiendo que existe una ley que respalda su pedido. Pero del otro lado no encuentra atención, sino fronteras inventadas. Le dicen que no pueden atenderla porque vive en Burruyacú¹⁹, que está “fuera del área operativa”. Como si su domicilio pesara más que su urgencia. Como si su cuerpo tuviera jurisdicción.

Después le dicen que están “a favor de salvar la vida”. Que, más allá de que exista una ley, “no es verdad lo que la ley dice”. Una doctora va más lejos: le asegura que la ley ya no está en vigencia.

Rocío no solo está frustrada, también se siente desorientada. No porque dude de su decisión, sino porque quienes deberían garantizar sus derechos disponen de estos como si fueran opiniones. Como si la legalidad fuera discutible en un pasillo de hospital.

Rocío sale de ahí con la sensación de haber chocado contra algo invisible pero firme: la negativa disfrazada de argumento. Y entiende, quizás sin ponerlo en palabras, que a veces el obstáculo más grande no es la distancia hasta un hospital,

18 - Con el fin de resguardar la confidencialidad de las personas involucradas, los nombres utilizados en los casos han sido modificados.

19 - **Burruyacú** es un departamento ubicado en la región noreste de la provincia de Tucumán.

sino la distancia entre la ley y quienes deciden si se cumple
o no.



Análisis del caso

El caso de Rocío ilustra los “obstáculos del equipo de salud”, donde la negativa a garantizar un derecho no se debe a la falta de recursos materiales, sino a la imposición de barreras ideológicas y desinformación deliberada.

1. Fronteras territoriales inventadas

Al llegar a un hospital de la capital de Tucumán, a Rocío se le niega la atención bajo el argumento de que vive en Burruyacú y está “fuera del área operativa”. Esto se describe como “geo-referencia obstructiva”, una práctica, donde el domicilio de la paciente se usa como una barrera burocrática para evitar la prestación, tratando el cuerpo de la mujer como si tuviera “jurisdicción”. Contraviene el carácter de orden público de la Ley 27.610, que es de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional, sumado a la violación del principio universal de la salud que establece que todas las personas deben tener acceso, sin discriminación ni barreras económicas, a servicios de salud integrales, de calidad, seguros y asequibles (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) cuando los necesiten, sumado que al tratarse de un hospital de tercer nivel de atención el mismo tiene la capacidad de poder prestar el servicio.

2. La desinformación como herramienta de bloqueo

El personal de salud le aseguró a Rocío que “no es verdad lo que la ley dice”. Esta conducta viola flagrantemente el dere-

cho a la información sanitaria (Art. 6 de la Ley 27.610), que exige que la información brindada sea veraz, actualizada y basada en evidencia científica, no en opiniones personales o noticias falsas.

3. La negativa disfrazada de argumento:

El equipo médico utilizó frases como “a favor de salvar la vida” para invalidar la decisión de Rocío. Según , Deza (2020) esto es una “máscara de la objeción”, donde el posicionamiento ideológico se presenta como un argumento médico para disuadir a la paciente, lo que constituye un trato indigno e irrespetuoso.

4. Violencia institucional y desorientación:

Aunque Rocío llegó informada y segura de su decisión, el discurso del equipo de salud buscó producir desorientación y quiebre emocional. Al ser agentes del Estado quienes obstaculizaron el acceso a una política pública mediante mentiras y maltratos, se configuró un caso de violencia institucional (Ley 26.485), ya que el Estado, a través de sus agentes, produjo una vulneración específica de los derechos de la persona gestante.

En conclusión, el caso de Rocío demuestra que el obstáculo más grande no es siempre la distancia física, sino la distancia entre la ley escrita y la voluntad de los profesionales encargados de cumplirla, quienes transforman la legalidad en algo “discutible” en un pasillo de hospital.

Luján:²⁰

Luján tenía veintiséis años y se encontraba bajo circunstancias dificultosas en su vida, cuando decidió interrumpir un embarazo que no deseaba, acudió a un hospital con especialidad en gineco-obstetricia. Fue en dos oportunidades . En ambas le dijeron lo mismo: que allí no podían hacerlo, que hacía falta un “ginecólogo altamente especializado”. La frase sonaba médica, pero a ella le pareció una excusa.

Finalmente encontró atención sanitaria en otro hospital. Allí la escucharon, le explicaron el procedimiento y la trataron con respeto. Pensó que todo había terminado.

Pero al poco tiempo sufrió una hemorragia. Asustada, volvió al primer hospital donde fue rechazada. En la guardia dijo la verdad: que estaba cursando un post-aborto. Nadie se apuró. La hicieron esperar mientras la sangre seguía cayendo. Los minutos se estiraron hasta que el cuerpo ya no le respondió y se desvaneció.

La subieron a una camilla, ella logró despertar, mientras la médica y la enfermera decían “es innecesario esto”, como si estuvieran enojadas con Luján por su situación. Le pusieron una medicación que le provocó contracciones intensas, un dolor profundo que nadie le había advertido y explicado. En el traslado por los pasillos vio las miradas de las médicas inclinadas sobre la camilla: gestos de incomodidad, de desapro-

20 - Con el fin de resguardar la confidencialidad de las personas involucradas, los nombres utilizados en los casos han sido modificados.

bación. La hicieron recostarse sin cambiar las sábanas, sobre su propia sangre.

Después vino el procedimiento. La médica tomó unas pinzas y comenzó a trabajar dentro de su cuerpo, sin ninguna explicación sobre lo que le estaban haciendo. No hubo anestesia. Luján gritó y se retorció de dolor mientras le pedían que se quedara quieta. Cuando terminó, la médica dijo que la había salvado de ir al quirófano. Diez minutos más tarde la mandaron a su casa. Sin observación, sin analgésicos, sin indicaciones claras.

Con el tiempo, Luján empezó a decir que lo que había vivido no fue sólo una urgencia médica mal atendida. Había sido otra cosa: una forma de castigo silencioso, como si el sistema de salud hubiera decidido disciplinarla por haber tomado una decisión sobre su propio cuerpo. Desde entonces, cada vez que recuerda ese día, un estremecimiento le recorre el cuerpo y le cuesta imaginar que algún día volverá a confiar del todo en el sistema de salud .



Análisis del caso

El caso de Luján (febrero de 2026) expone una de las formas más extremas de violencia institucional, obstétrica y médica registradas en el sistema de salud: una situación en la que el dolor físico aparece utilizado como forma de castigo moral frente a quien ejerció su derecho a interrumpir un embarazo.

1. Barreras de acceso y estrategias de disuasión:

Antes de poder acceder a la práctica, Luján encontró obstáculos en el hospital al que acudió inicialmente. Allí le negaron la atención con el argumento de que el procedimiento requería un “ginecólogo altamente especializado”, un requisito que no existe en la Ley 27.610.

Este tipo de exigencias adicionales constituye una práctica disuasoria. Tal como establece el fallo F.A.L. de la Corte Suprema, la imposición de requisitos no previstos por la ley funciona como un obstáculo administrativo inadmisibles que restringe de hecho el ejercicio del derecho.

Además, esta práctica también vulnera el derecho a la atención sanitaria oportuna y adecuada, uno de los principios centrales de la Ley 26.529²¹.

21 - “La Ley Nacional 26.529 de Derechos del Paciente”. (sancionada en 2009, modificada por la Ley 26.742) regula la relación entre pacientes y profesionales/instituciones de salud en Argentina. Garantiza derechos fundamentales como el trato digno, confidencialidad, acceso a la historia clínica y el consentimiento informado para aceptar o rechazar tratamientos.

2. Violencia en la atención de la urgencia post-aborto

Cuando Luján acudió posteriormente a la guardia por una hemorragia, informando con honestidad que atravesaba un post-aborto, la respuesta institucional estuvo marcada por la negligencia y el trato indigno.

- Desatención en la guardia: permaneció alrededor de veinte minutos esperando mientras sangraba hasta desvanecerse, lo que contradice la obligación de brindar atención inmediata ante una emergencia obstétrica.
- Estigmatización: durante el traslado, profesionales de la salud realizaron gestos y comentarios despectivos, lo que constituye una vulneración del derecho al trato digno garantizado por la Ley 27.610 y contemplado en la Ley 26.529.
- Humillación física: fue obligada a recostarse en una camilla cubierta con su propia sangre, ignorando su advertencia y afectando gravemente su dignidad.

3. El uso punitivo del dolor: un legrado sin anestesia

Uno de los momentos más críticos fue la realización de un legrado manual sin anestesia. Desde la perspectiva legal, esto implica múltiples vulneraciones:

- Violencia obstétrica: la Ley 26.485 de Protección Integral contra la Violencia hacia las Mujeres reconoce como violencia obstétrica el trato deshumanizado en la

atención de la salud reproductiva.

- Falta de consentimiento informado: la medicación administrada previamente y el procedimiento posterior se realizaron sin explicar a la paciente qué se le estaba haciendo ni cuáles serían sus efectos, lo que viola el derecho al consentimiento informado, uno de los pilares de la Ley 26.529.

- Derecho al alivio del dolor: someter a una paciente a un procedimiento invasivo sin manejo adecuado del dolor contradice los estándares médicos básicos y el derecho a recibir tratamientos seguros y humanizados. Practicar un legrado sin anestesia o analgesia constituye, a criterio de los organismos internacionales de protección de derechos humanos, trato cruel, inhumano y degradante (Ver:A/HRC/31/57 y A/74/137, entre otras).

4. Desamparo institucional y consecuencias

Tras el procedimiento, Luján fue enviada a su casa apenas diez minutos después, sin observación médica ni indicaciones claras.

Esto afecta directamente otros derechos del paciente:

- Derecho a la información sanitaria: la paciente no recibió explicaciones sobre su estado de salud ni sobre cuidados posteriores.
- Derecho a la continuidad del cuidado: la ausencia de seguimiento médico y medicación constituye una for-

ma de abandono institucional.

- Derecho a la seguridad en la atención médica: el alta inmediata tras una emergencia obstétrica implica un riesgo evitable para la salud.





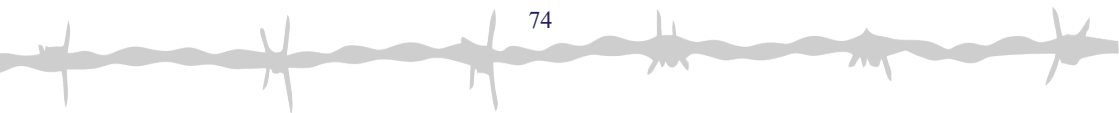
Objeciones encubiertas:

¿Cuál es la objeción y como se disfraza?

La objeción de conciencia se manifiesta en el sistema de salud como la negativa de profesionales a realizar prácticas de interrupción del embarazo basándose en sus convicciones personales y morales. En los hechos, autoras como Luna (2008) la describen como una de las “capas de vulnerabilidad” que se superponen para obstaculizar el acceso real a derechos ya reconocidos legalmente.

Se utiliza como una barrera de las siguientes maneras:

- Negativa disfrazada de argumento: la objeción suele presentarse no como un derecho del profesional, sino como una “negativa disfrazada de argumento” ideológico. En lugar de garantizar la atención, los objetores utilizan discursos morales o religiosos para invalidar la decisión de la persona gestante.
- Desinformación sobre la ley: algunos profesionales utilizan su posición para difundir información falsa, asegurando que la ley no está vigente o que “no es verdad lo que la ley dice”, con el fin de desorientar a la paciente y evitar que acceda a la práctica.
- “Objeción de conciencia institucional”: la ley regula la objeción individual, pero no contempla “la objeción de conciencia institucional”, ya que pese a quien le pese, las instituciones no tienen conciencia. En los

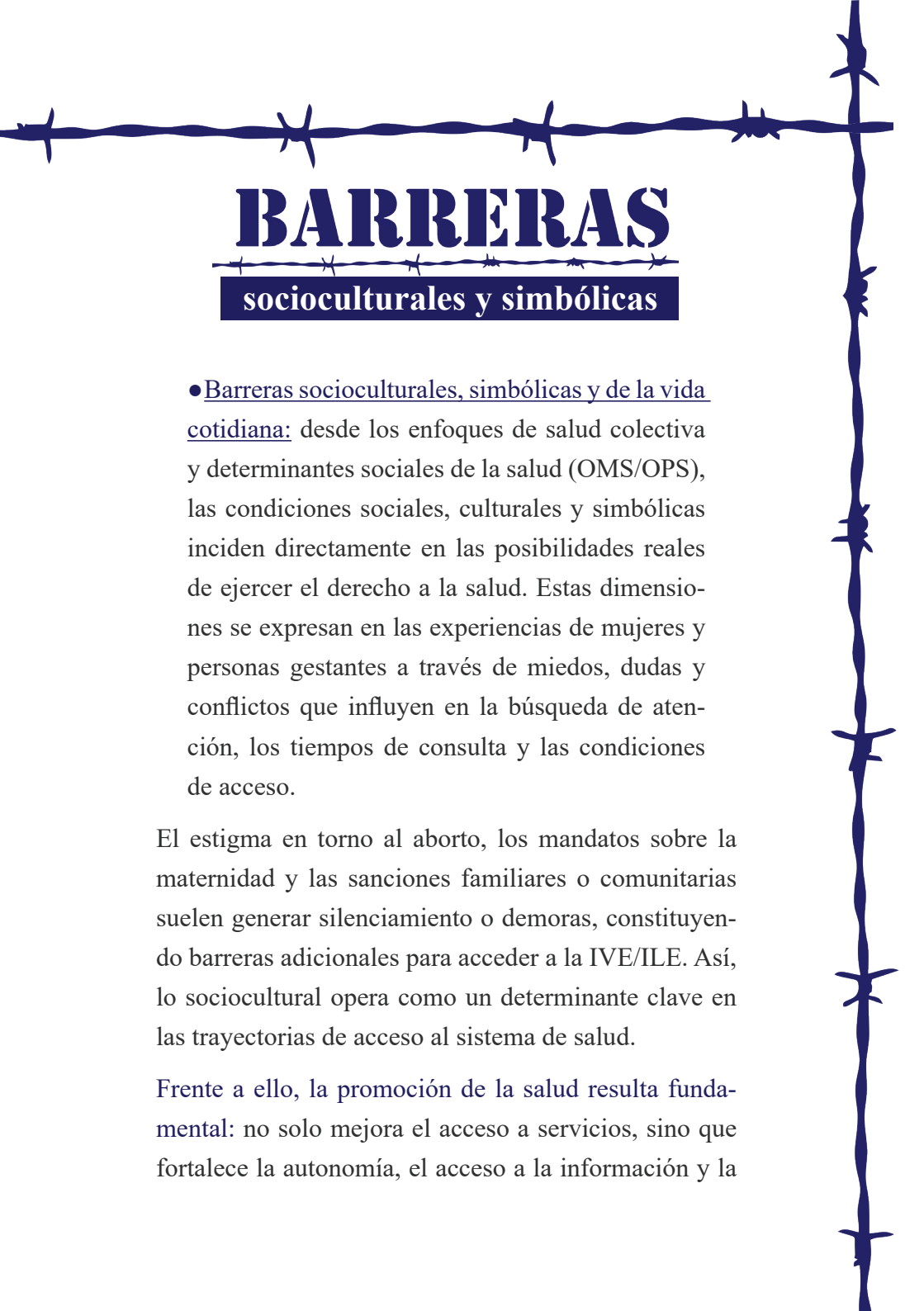


hechos existe una especie de “objeción de conciencia institucional” que opera como un bloqueo sistemático en ciertos hospitales o áreas, obligando a las personas a transitar por múltiples instituciones sin obtener respuesta.

- Incumplimiento del deber de derivación: la ley 27.610 exige que el profesional objetor debe “derivar de buena fe” a la paciente de forma temporal y sin dilaciones. Sin embargo, la objeción de conciencia se usa como barrera cuando esta derivación no ocurre oportunamente, o cuando se realiza con dilaciones indebidas o maltratos, como forzar a la persona a escuchar los latidos fetales para inducir culpa y agotamiento.

- Resistencia profesional y matriz patriarcal: se describe como una forma de resistencia profesional que revela la persistencia de una matriz cultural que asocia a la mujer obligatoriamente con la maternidad, cuestionando su autonomía reproductiva incluso frente a un derecho legal.

En resumen, **la objeción de conciencia deja de ser un derecho individual del médico cuando se utiliza para invalidar la legalidad vigente, dilatar los tiempos de atención o ejercer violencia institucional** sobre quienes buscan acceder a una IVE/ILE.



BARRERAS

socioculturales y simbólicas

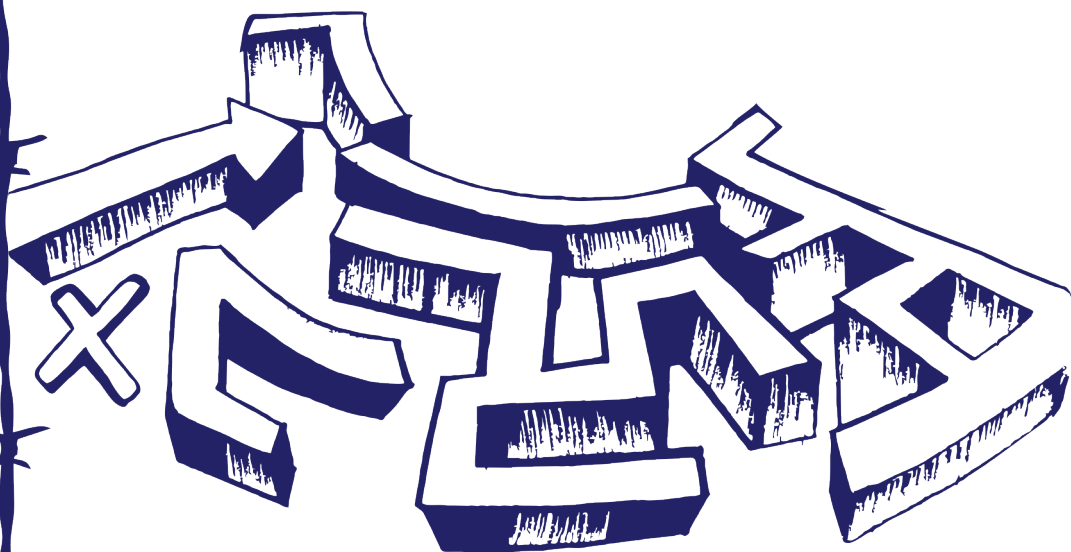
● Barreras socioculturales, simbólicas y de la vida cotidiana: desde los enfoques de salud colectiva y determinantes sociales de la salud (OMS/OPS), las condiciones sociales, culturales y simbólicas inciden directamente en las posibilidades reales de ejercer el derecho a la salud. Estas dimensiones se expresan en las experiencias de mujeres y personas gestantes a través de miedos, dudas y conflictos que influyen en la búsqueda de atención, los tiempos de consulta y las condiciones de acceso.

El estigma en torno al aborto, los mandatos sobre la maternidad y las sanciones familiares o comunitarias suelen generar silenciamiento o demoras, constituyendo barreras adicionales para acceder a la IVE/ILE. Así, lo sociocultural opera como un determinante clave en las trayectorias de acceso al sistema de salud.

Frente a ello, la promoción de la salud resulta fundamental: no solo mejora el acceso a servicios, sino que fortalece la autonomía, el acceso a la información y la

capacidad de ejercer derechos, contribuyendo a transformar representaciones estigmatizantes y a generar condiciones más favorables para el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Experiencias de barreras socioculturales, simbólicas y de la vida cotidiana (Diana y Malena).



Diana:²²

Diana llegó a la fundación una mañana del 22 de noviembre de 2025, con 7 semanas de gestación. Antes de comenzar a hacer preguntas, quiso explicar por qué estaba allí: no quería que le pasara lo mismo que a su hermana.

Tiempo atrás, su hermana atravesó un embarazo que no deseaba continuar. Recorrió distintos espacios del sistema de salud en Tucumán, pero no encontró respuestas claras ni acompañamiento oportuno. La falta de información, las demoras y la incertidumbre hicieron que el tiempo avanzara, y lo que al principio parecía una decisión posible, se volvió cada vez más difícil de sostener. Finalmente, continuó con el embarazo.

Esa experiencia no quedó sólo como un recuerdo, sino que se transformó en una advertencia presente en la vida cotidiana de Diana. La idea de que “no hay dónde ir” o que “nadie te va a ayudar” se construyó a partir de esa historia, entre conversaciones, silencios y temores compartidos.

Además, el año anterior, Diana había intentado acceder a una ligadura tubaria, pero su pedido fue rechazado por ser joven y no tener hijos. Esa negativa dejó en ella la sensación de que sus decisiones reproductivas no eran tomadas en serio dentro del sistema de salud.

Por eso, cuando supo que estaba embarazada, una de sus

22 - Con el fin de resguardar la confidencialidad de las personas involucradas, los nombres utilizados en los casos han sido modificados.

principales preocupaciones fue no repetir ese recorrido. No quería que la desinformación, el miedo o el paso del tiempo condicionaran su decisión.

Llegó al espacio con una decisión clara, pero también con la expectativa —y la necesidad— de encontrar, esta vez, un camino distinto.

Análisis del caso

1. El entrelazamiento de barreras institucionales y socio-culturales: la historia de Diana demuestra que el sistema de salud a menudo falla inclusive antes de que la usuaria llegue al hospital.

- Narrativas de exclusión: la experiencia traumática de su hermana, quien se vio empujada a una maternidad forzada por la falta de respuestas oportunas, funcionó como una “advertencia” que condicionó el acceso de Diana al sistema de salud.
- Capas de vulnerabilidad: estos temores compartidos se suman a las “capas de vulnerabilidad” que describe Florencia Luna (2008), donde la desinformación y el estigma social actúan como obstáculos invisibles que vuelven el ejercicio de la ciudadanía una odisea.

2. Violación de la ley 26.130 y tutela sobre los cuerpos: el rechazo previo que sufrió Diana al solicitar una ligadura tubaria bajo el argumento de ser “muy joven” y “no tener hijos” es una práctica ilegal y sin sustento jurídico.

- Marco legal vulnerado: la ley 26.130 (ley de anti-concepción quirúrgica garantiza el acceso a ligadura tubaria y a la vasectomía como derecho de todas las personas) es taxativa: cualquier persona mayor de edad puede acceder a la anticoncepción quirúrgica de forma gratuita, sin necesidad de haber tenido hijos ni de con-

tar con autorización de terceros.

- Criterios biomédicos como barrera: negar este derecho basándose en la edad o en la ausencia de maternidad previa revela la persistencia de una matriz cultural que asocia a la mujer con la maternidad como destino obligatorio, ejerciendo una tutela sobre el cuerpo que la ley busca erradicar.

3. La autonomía como condición de ciudadanía

El relato vincula directamente la autonomía reproductiva con la libertad sustantiva.

- “Ciudadanía Incompleta”: sin capacidad real de decidir sobre sus propios procesos reproductivos, la igualdad se vuelve una abstracción.
- Violencia contra la libertad reproductiva: la negativa a realizar una práctica lícita (como la ligadura o la IVE) constituye violencia contra la libertad reproductiva según la Ley 26.485, ya que impide decidir libremente sobre el número de embarazos o el intervalo entre ellos.

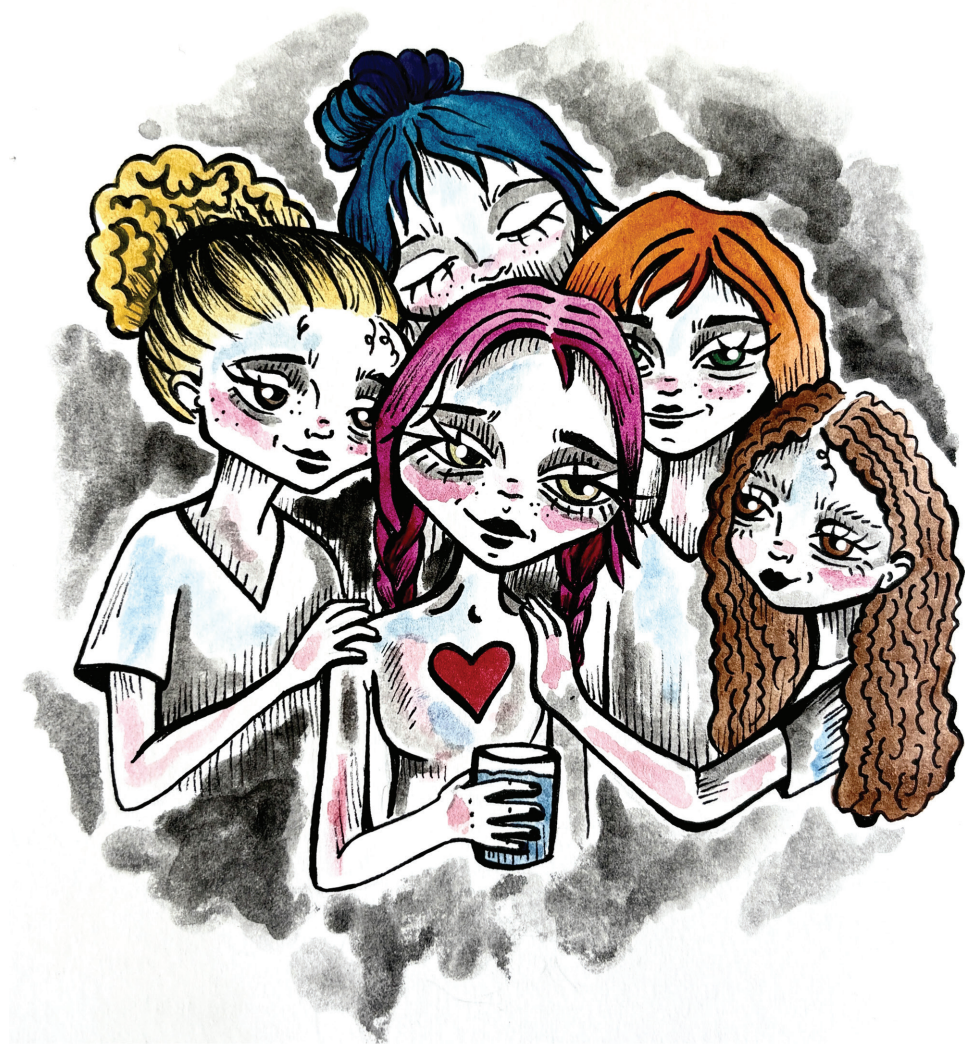
4. La praxis de la “Randa Feminista” en el caso de Diana

Frente a la desinformación y el miedo, el acercamiento de Diana a la Fundación MxM representa la búsqueda de una “praxis entre costuras”.

- Escucha de la urgencia subjetiva: el consultorio comunitario atendió la angustia de Diana —marcada por

el miedo a repetir la historia de su hermana— como una urgencia subjetiva que requiere una respuesta eficaz ante lo que irrumpe como “lo insoportable”.

- **Alfabetización jurídica:** al visibilizar que los argumentos médicos usados para negarle la ligadura eran ilegales, se transformó a Diana de una víctima desorientada a una sujeta soberana capaz de reclamar una atención sanitaria de calidad y libre de violencias.



Malena:²³

Malena llegó a la fundación con diez semanas de gestación. Cuando entró, no habló enseguida. Se sentó primero, como quien necesita acomodar el cuerpo después de haber atravesado demasiadas cosas en poco tiempo.

Dos semanas antes ya había estado allí. En ese momento tenía ocho semanas de embarazo y muchas preguntas. Había escuchado que existía la posibilidad de interrumpirlo, que había lugares donde podían acompañarla, pero todavía no estaba segura de poder hacerlo. No era sólo una decisión personal; alrededor suyo había miradas, palabras y silencios que pesaban.

Antes de volver, intentó buscar respuestas en otro lugar. Fue a un hospital. Esperó en la fila, preguntó en una ventanilla y luego en otra. Finalmente le dijeron que no había turnos disponibles. La respuesta fue breve, casi automática. Malena se fue de allí con la sensación de que su pregunta había quedado suspendida en el aire, sin encontrar dónde apoyarse.

Los días pasaron. En su casa, la noticia del embarazo empezó a circular. Primero como un rumor, después como una certeza. Cuando su familia se enteró de que Malena estaba pensando en interrumpir, la conversación dejó de ser tranquila. Las palabras se volvieron más duras, más definitivas. En medio de esa discusión llegó una frase que lo cambió todo: tenía que

23 - Con el fin de resguardar la confidencialidad de las personas involucradas, los nombres utilizados en los casos han sido modificados.

irse de su casa.

Salir de su hogar no fue una decisión, fue una consecuencia. De un momento a otro, Malena se encontró juntando algunas cosas, tratando de entender dónde iba a dormir esa noche. Fueron sus amigas las que aparecieron entonces, abriendo puertas y ofreciendo un lugar donde quedarse. También fueron ellas quienes se ofrecieron a acompañarla, a escucharla, a estar cerca durante esos días confusos.

En ese tiempo, la decisión que antes parecía lejana empezó a tomar forma. No porque fuera fácil, sino porque las circunstancias la empujaban a resolver.

Dos semanas después de su primera visita, Malena volvió a la fundación. Esta vez llegó con diez semanas de gestación y con una historia reciente marcada por discusiones familiares, cambios de casa y la necesidad de apoyarse en otras redes para poder atravesar el proceso.

Realizó el procedimiento acompañada por sus amigas y su hermana. Ellas estuvieron allí, sosteniendo silencios, alcanzando agua, haciendo preguntas cuando Malena no encontraba las palabras.

Con parte de su familia, en cambio, la relación se volvió difícil. La distancia ya no era sólo física; también estaba hecha de reproches, de expectativas rotas y de una decisión que, para algunos de ellos, seguía siendo imposible de aceptar.

Análisis del caso

El análisis del caso de Malena permite comprender que el acceso a la salud reproductiva no depende únicamente de la existencia de servicios médicos, sino de un complejo entramado de condiciones sociales, culturales, económicas, políticas y vinculares que atraviesan la vida cotidiana de las personas gestantes.

1. El laberinto institucional: la negativa de otorgar turnos: Malena intentó buscar respuestas en un hospital. Allí se enfrentó a una de las barreras burocráticas más comunes del “laberinto”, la respuesta breve y automática, de que “no había turnos disponibles”. Esta falta de orientación adecuada dejó su demanda en un estado de incertidumbre, evidenciando cómo el sistema de salud puede desentenderse de su rol de garante del derecho a la salud, dejando a la usuaria “a la deriva”.

2. Estigma social y familiar como barrera de acceso:

El relato de Malena visibiliza que las decisiones reproductivas también están atravesadas por mandatos culturales y normas morales que operan tanto en el plano discursivo como en el de las prácticas sociales. En su caso, la decisión de interrumpir el embarazo generó un proceso de rechazo y exclusión por parte de su grupo familiar, evidenciando cómo el estigma también se constituye en una barrera para el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos.

- Sanción y exclusión familiar: La decisión de interrumpir el embarazo desencadenó una respuesta de rechazo por parte de su familia, que culminó con su expulsión del hogar. Esta forma de sanción evidencia cómo los mandatos de género y las normas morales pueden traducirse en prácticas de exclusión que profundizan la vulnerabilidad de las mujeres y complejizan el acceso oportuno a los servicios de salud. Esta sanción familiar actúa como una capa de vulnerabilidad adicional que condiciona la trayectoria de acceso a la salud.
- La maternidad como mandato: su historia muestra cómo la matriz cultural que asocia a la mujer con la maternidad como destino obligatorio puede derivar en reproches y ruptura de vínculos cuando se ejerce la autonomía, y se decide abortar.

3. El factor tiempo como dimensión estructural: en el caso de las interrupciones del embarazo, el tiempo no es una variable neutra; es un recurso limitado que condiciona las posibilidades de acceso, este factor opera de manera transversal en todas las historias mencionadas.

- La dilación inducida: entre su primera consulta y la resolución final, pasaron dos semanas (de la semana 8 a la 10 de gestación) debido a la negativa de turnos en el hospital y los conflictos familiares.
- Alteración de la vida cotidiana: siguiendo a Ágnes Heller (1977), el tiempo es un factor de medida de la

vida, en donde el mismo tiene su carácter de “irreversibilidad” y en este caso el embarazo no intencional alteró la organización diaria de la vida de Malena, exigiendo reorganizar espacios y relaciones en un marco temporal de urgencia.

4. La red de sostén: una “Randa”²⁴ de acompañamiento.

Frente al desamparo estatal y familiar, la resolución del caso de Malena fue posible gracias a las redes comunitarias y afectivas, que se traducen en redes de apoyo y contención.

- **El rol de las amigas:** fueron sus amigas quienes le ofrecieron alojamiento y acompañamiento, convirtiéndose en el recurso fundamental para sostener su decisión.
- **Praxis colectiva:** Malena realizó el procedimiento acompañada por sus amigas y su hermana, quienes “sostuvieron silencios” y brindaron el apoyo que la institución le negó. Este apoyo externo funciona como el tejido de una randa feminista, donde la unión de voluntades permite desmadejar los nudos de violencia impuestos por el sistema.

24 - Es una técnica milenaria de tejido hecho a mano, muy característica de la provincia de Tucumán.



Una década pasó
pero las violencias
persisten:

María Magdalena hoy...





Concepción²⁵

Concepción tiene dieciocho años y acaba de terminar la secundaria. Vive con su abuelo y su hermana, y mientras piensa en empezar a estudiar para ingresar a la Policía Federal, ayuda a su prima con un pequeño emprendimiento de comida.

Una tarde comenzó con un dolor fuerte en el vientre. Pensó que era uno de los dolores de ovario que solía tener, pero esta vez era distinto. Cuando fue al baño sintió que algo salía de su cuerpo y se asustó. Llamó a su hermana y decidieron ir al hospital porque el sangrado no paraba.

Ya en el hospital, la hicieron esperar. Le preguntaron si estaba embarazada. Concepción dijo que no sabía. La revisaron varias veces y, después de un momento, le dijeron que debían llevarla a quirófano para hacerle un legrado. Firmó un consentimiento sin que le explicaran con claridad qué iban a hacerle.

En el quirófano le colocaron anestesia de la cintura hacia abajo. Estuvo despierta durante el procedimiento, mirando el monitor de su pulso mientras trabajaban.

Cuando terminó la intervención la llevaron a una sala de recuperación. Allí entraron dos policías que comenzaron a hacerle preguntas sobre su casa, su familia y el lugar donde vivía. Concepción no entendía por qué estaban allí y pensó que tal vez era parte del procedimiento.

25 - Con el fin de resguardar la confidencialidad de las personas involucradas, los nombres utilizados en los casos han sido modificados.

Recién al día siguiente una trabajadora social y una psicóloga la escucharon con atención. Ellas mismas le dijeron que no era normal que la policía hubiera entrado a hacerle preguntas.

Concepción salió del hospital sin muchas explicaciones sobre lo que le había pasado ni indicaciones claras para después. Lo que más recuerda no es solo el dolor, sino la sensación de haber atravesado algo muy grande sin que nadie se detuviera a explicar realmente qué estaba ocurriendo. El caso de Concepción constituye una manifestación clara del “laberinto” institucional, donde convergen la violencia obstétrica, la violencia institucional y una grave violación al deber de confidencialidad.

Análisis del caso

A continuación, se presenta un análisis detallado del caso basado en el marco legal y los derechos de los pacientes:

1. Violación del derecho a la información y al consentimiento informado:

Concepción fue sometida a un legrado tras firmar un consentimiento “sin que le explicaran con claridad qué iban a hacerle”.

- El proceso viciado: según la ley, el consentimiento informado no es una firma mecánica, sino un proceso de diálogo en el que el personal de salud tiene la obligación de brindar información clara, veraz y completa sobre los riesgos y beneficios del procedimiento
- Falta de alternativas: al no recibir explicaciones, se le privó de conocer posibles alternativas terapéuticas o de entender su propio estado de salud, lo cual es una obligación del médico.

2. Violación de la privacidad y la confidencialidad (secreto profesional):

El hecho de que dos policías ingresaran a la sala de recuperación para interrogarla representa la vulneración más grave de sus derechos:

- Quebrantamiento del secreto profesional: El personal de salud tiene la obligación de guardar secreto

sobre todo lo que conoce en el marco de la atención sanitaria. Introducir a la policía en el ámbito sanitario es un delito de violación de secreto (Art. 156 del Código Penal).

- Prohibición de denunciar: el personal de salud no puede denunciar a una paciente, incluso si sospecha que el aborto fue provocado.
- La atención postaborto debe garantizarse sin perjuicio de la legalidad del hecho previo
- Violencia Institucional: este acto buscó el disciplinamiento institucional y el castigo moral, utilizando el sistema penal para amedrentar a la paciente en un momento de vulnerabilidad.

3. Violencia Obstétrica e Institucional

Concepción recuerda la sensación de haber atravesado algo grande sin que nadie se detuviera a explicarle, lo que se define como trato deshumanizado:

- Trato digno: la ley exige un trato respetuoso que resguarde la dignidad humana.
- Ignorar la subjetividad de Concepción y tratar su cuerpo como un mero trámite administrativo es una forma de violencia obstétrica.
- Salir del hospital sin indicaciones claras para el cuidado postquirúrgico es una falta a los estándares de cali-

dad fijados por la OMS que el Estado debe garantizar.

4. Paralelismo con la Criminalización en Tucumán

La situación de Concepción (2026) guarda similitudes con los casos de “María Magdalena” (2012) y “Belén” (2014), donde el personal de salud violó el secreto profesional permitiendo el ingreso de la policía al quirófano o salas de atención, iniciando procesos penales por eventos obstétricos comunes que forman parte de la salud reproductiva.

Como ya fuera señalado en Tucumán la violación del secreto profesional continúa siendo un dispositivo de castigo moral y penal.

Conclusión: Concepción fue víctima de una maquinaria institucional que prioriza la vigilancia policial sobre la asistencia sanitaria humanizada. El personal de salud incumplió sus deberes de confidencialidad, información y trato digno, lo que da lugar a responsabilidades administrativas, civiles y penales (Art. 156 y 85 bis) del Código Penal.



Desandar el laberinto

Desandar el laberinto es una tarea urgente y colectiva. A lo largo de estas páginas, vimos que el derecho al aborto en Argentina —conquistado en las calles y reconocido en la ley— sigue enfrentando múltiples formas de obstrucción que lo vacían de contenido en la práctica.

El laberinto es una arquitectura concreta de barreras burocráticas, materiales, ideológicas y simbólicas que operan de manera simultánea sobre los cuerpos y la autonomía de mujeres y personas gestantes.

Las historias que recorren este libro muestran que la violencia no siempre se presenta de forma explícita. A veces adopta la forma de un turno que nunca llega, de una derivación sin sentido, de una mentira dicha con tono médico, de una puerta que se cierra sin explicación o de un silencio que deja a alguien a la deriva. Otras veces es directa, cruda, disciplinadora: el dolor como castigo, la humillación como respuesta, la policía en una sala de recuperación. En todos los casos, se trata de una misma lógica: la de un sistema que, aun reconociendo derechos, sigue disputando quién puede ejercerlos realmente.

Este trabajo demuestra que las barreras son expresiones de una estructura más amplia donde confluyen el desfinancia-

miento de la salud pública, la persistencia de mandatos patriarcales y la avanzada de una racionalidad neoliberal que convierte los derechos en privilegios. En ese cruce, la autonomía reproductiva aparece como un terreno en disputa permanente, donde cada obstáculo no solo retrasa una práctica, sino que restringe la ciudadanía.

Sin embargo, también aquí se hacen visibles las tramas que resisten. El consultorio comunitario, las redes de acompañamiento, las estrategias jurídicas, los espacios de escucha y de información son parte de una construcción colectiva que insiste en abrir caminos donde el sistema impone muros. Allí donde el Estado llega tarde, emergen prácticas que no solo resuelven urgencias, sino que disputan sentidos y reconstruyen el derecho como experiencia viva.

Porque si el laberinto se construye desde el poder, también puede desarmarse desde lo colectivo. Nombrar las barreras, sistematizarlas y hacerlas públicas es una forma de intervenir sobre ellas. Es transformar lo que muchas veces se vive en soledad en un problema político, social y estructural.

Este libro concluye con una certeza: el derecho al aborto no está garantizado solo por su reconocimiento legal, sino por la capacidad de sostenerlo, defenderlo y hacerlo efectivo en cada territorio, en cada institución y en cada cuerpo. Desandar el laberinto implica, entonces, seguir tejiendo estrategias, fortaleciendo redes y disputando las condiciones materiales y

simbólicas que hacen posible una verdadera autonomía.

Abortar no puede depender del azar, del dinero, del acompañamiento o de la resistencia individual. Abortar debe dejar de ser un recorrido incierto para convertirse, definitivamente, en un derecho accesible, digno y libre de violencias.

Glosario

Conceptos clave en salud pública, género y derechos



Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Procedimiento médico seguro y de baja complejidad que consiste en la evacuación del contenido uterino mediante la generación de vacío con un dispositivo manual. Se utiliza principalmente para la interrupción del embarazo en etapas tempranas y para el tratamiento de abortos espontáneos incompletos. Es una técnica ambulatoria, de corta duración y recomendada por la Organización Mundial de la Salud por su eficacia y bajo riesgo de complicaciones.

Aborto farmacológico: Método de interrupción del embarazo que utiliza medicamentos —misoprostol, solo o en combinación con mifepristona— para provocar la evacuación del contenido uterino. Es una práctica segura, eficaz y recomendada por la Organización Mundial de la Salud, que puede realizarse de manera ambulatoria y, en determinadas condiciones, de forma autogestionada con acceso a información adecuada y servicios de salud.

Autonomía reproductiva: niñas, niños y adolescentes (NNyA) Los niños, niñas y adolescentes son reconocidos por la ley como verdaderos sujetos de derecho, no como meros objetos de protección. Esto implica asumir que cuentan con un grado de autonomía que debe ser respetado, especialmente cuando se trata de decisiones reproductivas que impactan directamente en su vida y su salud, siempre en función de su edad y nivel de madurez.

En este sentido, el Código Civil y Comercial de la Nación incorporó en 2015 el principio de “autonomía progresiva”, aplicable a las decisiones en materia de salud. Bajo este enfoque, se reconoce que NNyA poseen la madurez suficiente para comprender su situación —incluyendo qué implica un embarazo, sus efectos en la salud, los riesgos asociados a su edad y las alternativas médicas disponibles— están en condiciones de tomar decisiones informadas y autónomas sobre su propio cuerpo y su proyecto de vida.

Este criterio ya estaba presente en la Ley N.º 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, aunque el Código actual ajusta la edad a partir de la cual se presume esa capacidad, fijándose en los 13 años.

El artículo 26 del Código establece quiénes pueden decidir y de qué modo se expresa esa decisión a través del consentimiento informado. Así, a partir de los 16 años, cuentan con los mismos derechos que las personas adultas para decidir de manera autónoma sobre su salud, sin necesidad de interven-

ción o autorización de terceros, lo que incluye la posibilidad de interrumpir un embarazo o continuarlo.

Entre los 13 y los 16 años, se presume su capacidad para decidir por sí mismas respecto de prácticas que no resulten invasivas ni impliquen un riesgo grave para su salud o integridad. En los casos en que la intervención sí sea invasiva o comprometa su integridad, la decisión debe ser acompañada por sus progenitores o representantes legales. Sin embargo, si quienes deben asistir se oponen, puede intervenir otra persona de referencia afectiva para garantizar el consentimiento.

Ante eventuales desacuerdos entre la voluntad de la adolescente y la de sus representantes, la respuesta no debe ser la judicialización, sino la evaluación de qué decisión resulta más adecuada para su salud, siempre bajo el principio del interés superior de la niña y el respeto por su autonomía.

Capas de vulnerabilidad: Según Florencia Luna (2008) este concepto plantea que las personas no son vulnerables por naturaleza, sino que pueden atravesar distintas condiciones que se superponen y dificultan el ejercicio de derechos.

Estas capas pueden incluir pobreza, edad, ruralidad, violencia o falta de recursos.

Causal salud: Supuesto legal que habilita la interrupción del embarazo cuando su continuación puede afectar la salud de la

persona gestante. En Argentina, se encuentra reconocida en el artículo 86 del Código Penal —vigente desde 1921— y reafirmada por la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, que garantiza el acceso a la interrupción legal del embarazo cuando está en riesgo la salud o la vida. De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, la salud comprende un estado de bienestar integral físico, mental y social, por lo que esta causal debe interpretarse de manera amplia y sin exigir gravedad o inminencia del riesgo.

Causal violación: Supuesto legal que habilita la interrupción del embarazo cuando este es consecuencia de una violación. En Argentina, está prevista en el artículo 86 del Código Penal y reafirmada por la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, que garantiza el acceso a la interrupción legal del embarazo en estos casos sin necesidad de autorización judicial. El acceso se basa en la declaración jurada de la persona gestante, sin exigencia de denuncia penal previa. Este marco fue clarificado por el fallo F.A.L. s/ medida autosatisfactiva de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que estableció estándares para eliminar barreras de acceso y asegurar una atención rápida, confidencial y respetuosa.

Ciudadanía: Es un estatus, un reconocimiento social y jurí-

dico por el cual una persona tiene derechos y deberes por su pertenencia a una comunidad en general, de base territorial y cultural. La ciudadanía acepta la diferencia, no la desigualdad.

Según Nora Aquín²⁶ (2003) existe una ciudadanía política, que se entiende como una estructura legal que regula las relaciones entre las personas, que son en primer lugar individuos. En el plano político se refiere a la participación en los asuntos atinentes a la comunidad política.

A su vez desde un plano sociológico: Elizabeth Jelin²⁷ otorga a la ciudadanía un carácter relacional ligado a una práctica conflictiva vinculada al poder, que refleja las luchas acerca de quiénes podrán definir cuáles serán los problemas comunes y cómo serán abordados.²⁸

26 - AQUÍN, N.: “En torno a la ciudadanía” Pág.15. En “Ensayos sobre Ciudadanía Reflexiones desde el Trabajo Social”: Aquín, Nora (compiladora) Espacio Editorial. Buenos Aires, 2003.

27 - JELIN, E.: ¿Cómo construir ciudadanía? Una visión desde abajo. Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe N° 55. Ámsterdam, Países Bajos. (1993: 25).

Extraído del texto: “Salud y Participación Comunitaria- Módulo 7. Pp 40 – 42. Posgrado en Salud Social y Comunitaria- Ministerio de Salud de Nación- 2006)”.

28 - Texto: Salud y Sociedad - Módulo 1 y 7 Posgrado en Salud Social y Comunitaria - Ministerio de Salud de Nación - 2010).

Derecho a la salud:

Salud: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁹ define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Es un derecho humano universal y fundamental.

Esta definición, vigente desde 1948, enfatiza una visión holística e integral que abarca la calidad de vida y las relaciones sociales.

Además es el derecho de todas las personas a acceder a servicios de salud oportunos, de calidad y sin discriminación, así como a condiciones de vida que permitan mantener el bienestar. No se limita a la atención médica, sino que incluye factores sociales como vivienda, alimentación, educación y ambiente saludable.

El mismo está garantizado por normas internacionales, por nuestra Constitución Nacional a través del artículo 75 inciso 22, que ratifica Tratados, Pactos y Convenciones pertinentes. También, en tanto derecho humano se centra en la dignidad de las personas, tiene carácter vinculante para los Estados, se interrelaciona con otros derechos.

Salud pública: “La ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia

29 - Conferencia Internacional De Atención Primaria De Salud, Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio, el control de las infecciones transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el tratamiento preventivo de las enfermedades.” Es el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y la longevidad. (Winslow, 1920).

Organización del sistema de salud:

Sistema de salud: El sistema de servicios de salud es el resultado de sucesivas influencias políticas, económicas, sociales y tecnológicas ocurridas en un país a través de los años. Esto hace que en cada país el sistema de salud tenga características propias que lo individualizan. No puede hablarse de “un sistema de salud” sino de sistemas particulares para cada país en cada momento histórico.³⁰

La organización del sistema de servicios de salud en nuestro

30 - Moreno, Elsa: Organización y estructura de los Sistemas de Salud-Salud Pública Tomo II- Cátedra de Salud Pública Facultad de Medicina-1996

país está representado por distintos subsectores:³¹

- **Servicios públicos:** financiado por los gobiernos nacionales, provinciales o municipales a través de impuestos. Cuentan con capacidad instalada propia, se basan en la universalidad y la equidad y sus unidades operativas están representadas por: centros de salud, policlínicos y hospitales, tiene cobertura nacional en zonas recónditas del territorio y constituyen el subsector con mayor capacidad instalada.
- **Servicios de la seguridad social:** financiados por aportes patronales y de los trabajadores. Algunas pocas obras sociales cuentan con capacidad instalada propia pero en general contratan los servicios de diagnóstico e internación en el subsector privado.
- **Servicios de salud privados:** representados por clínicas, institutos de diagnóstico, sanatorios, policlínicos, hospitales y consultorios privados. Son financiados en forma voluntaria por los pacientes. Los pagos pueden ser de forma directa o en forma indirecta a partir de la contratación de un seguro de enfermedad con pago anticipado: los prepagos médicos.

Niveles de atención en el sistema público de salud: la or-

31 - Delgado, Lucía y Ricco, Rosa Magdalena: Sistema de Servicios de Salud - Salud Pública Tomo II- Cátedra de Salud Pública Facultad de Medicina-1996- Pag. 129 a 141

ganización de sistemas de salud por niveles de atención parte del principio básico de que hay una relación directa entre la complejidad de las dolencias y de los métodos y recursos necesarios para resolverlos. Teniendo como paradigma el marco referencial de la atención primaria de la salud, la atención médica debe llevarse a cabo según niveles de complejidad creciente.

Esta manera de agrupar los problemas y las respuestas de los servicios responde a razones de racionalidad entre oferta y demanda y al adecuado uso de los recursos que dispone la sociedad.

Se reconocen 3 niveles de atención asistencial, de los cuales el de menor complejidad, 1º nivel de atención, comprende las acciones más elementales e indiferenciadas del sistema y constituye el punto de contacto con la comunidad.

Los 2º y 3º niveles corresponden a servicios con diferente grado de especialización y complejidad ascendente que actúan en general como referentes de servicios de 1º nivel de atención sobre la base de mecanismos organizativos de referencia y contrareferencia de pacientes entre un nivel y otro para asegurar la atención en el lugar adecuado a sus problemas de salud.

Sistema de referencia y contrareferencia: “Referencia y

contrarreferencia”³²: para que la red de servicios de salud sea tal, debe funcionar un sistema de referencia de tal forma que las personas sean atendidas en los niveles de menor complejidad, y teniendo como base la complejidad del problema de salud que les aqueja, puedan ser atendidas en un nivel de mayor complejidad o sea que cuente con la capacidad resolutoria requerida.

Por otro lado, que el paciente pueda, luego de esta atención, ser contra referido al servicio de salud más cercano a su hogar que cuente con la capacidad operativa para proseguir su atención y seguimiento hasta su restablecimiento adecuado.

El sistema así planteado es racional y procura evitar el recargo de los establecimientos de mayor complejidad, asimismo, permitirá, no solo ofrecer el servicio a las personas en los establecimientos más cercanos a su lugar de residencia, sino descongestionar los establecimientos de cobertura regional y nacional y utilizar los recursos de alta tecnología de manera más racional.”

Atención Primaria de la Salud (APS): La Declaración

32 - Delgado, Lucia y Ricco, Rosa Magdalena: Sistema de Servicios de Salud - Salud Pública Tomo II- Cátedra de Salud Pública Facultad de Medicina-1996- Pag. 129 a 141

de Alma-Ata (1978)³³ define la Atención Primaria de Salud (APS) como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo sostenible, constituyendo el núcleo del sistema nacional de salud.

Promoción de la salud: Según la carta de Ottawa (1986) La promoción de la salud consiste en acciones destinadas a mejorar las condiciones de vida y fortalecer la capacidad de las personas para cuidar su salud.

No se limita a prevenir enfermedades, sino que busca empoderar a las comunidades para ejercer sus derechos y mejorar su bienestar.

Determinantes sociales y desigualdad en salud: la OMS (2003) define a los determinantes de la salud de la siguiente forma: “(...) circunstancias sociales y económicas desfavorables que afectan a la salud a lo largo de la vida. Causas materiales y psicológicas y sus efectos que se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muertes. Si las políticas no logran enfrentar esos eventos no sólo ignoran los más potentes determinantes de la salud, sino que dejan de cumplir uno de los retos más importantes de las sociedades modernas, la justicia social.”.

33 - Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, septiembre 1978

Reconocer los determinantes sociales nos permite advertir las desigualdades en salud.

Por lo tanto se entiende por determinantes sociales de la salud las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud.

Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados determinantes estructurales de inequidad en salud, son los que configuran mejores o peores oportunidades para la salud y el bienestar, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a los servicios básicos.

Interseccionalidad³⁴ Es una perspectiva que analiza cómo diferentes desigualdades sociales se combinan y producen experiencias específicas de discriminación o vulnerabilidad.

Por ejemplo, las desigualdades de género pueden combinarse con las de clase, edad o territorio.

34 - Kimberlé Crenshaw “Desmarginalizar la intersección de raza y sexo: una crítica desde el feminismo negro a la doctrina antidiscriminación, la teoría feminista y las políticas antirracistas”, traducción de Cecilia Ezpeleta, en “Feminismos Jurídicos. Interpelaciones y debates”, de Malena Costa Wegsman y Romina Lerussi Compiladoras, Bogotá, Siglo del Hombre y Universidad de los Andes, págs. 43-68, Año 2020.

Interdisciplina³⁵: Enfoque teórico-metodológico y práctico que promueve la articulación entre distintas disciplinas para abordar problemáticas complejas que no pueden ser comprendidas ni intervenidas de manera fragmentada. Supone un proceso de diálogo, intercambio y construcción colectiva entre saberes diversos, en el que cada disciplina aporta sus marcos conceptuales, metodologías y herramientas, pero también se ve interpelada y transformada por el encuentro con otras.

Desde la perspectiva de Roberto Follari (1992)³⁶, la interdisciplina implica superar la mera yuxtaposición de saberes, dando lugar a una interacción crítica que cuestiona los límites y supuestos de cada campo disciplinar. No se trata de sumar miradas, sino de producir conocimiento nuevo a partir de la tensión entre ellas.

En la misma línea, Susana Cazzaniga (2008) destaca que la interdisciplina es una práctica situada, atravesada por relaciones de poder, institucionalidades y contextos concretos de intervención. Requiere acuerdos, lenguajes comunes y reconocimiento de las diferencias, así como una ética de trabajo que priorice la integralidad en la atención de las personas.

En el campo de la salud y los derechos, la interdisciplina re-

35 - Lic. Susana Cazzaniga (2008) Trabajo Social e Interdisciplina- La cuestión de los Equipos de Salud- capítulo de libro Salud e Intervención en lo Social – Editorial Espacio- buenos Aires Pag: 153-168

36 - 3 FOLLARI, Roberto. Apuntes Seminario Epistemología (mimeo). Facultad de Ciencias de la Educación. UNER. Paraná. 1992.

sulta clave para garantizar abordajes integrales, respetuosos y centrados en las necesidades de las personas, articulando dimensiones biomédicas, psicológicas, sociales y jurídicas.

IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo): Derecho de las personas con capacidad de gestar a decidir y acceder a la interrupción de un embarazo dentro de los plazos establecidos por la ley, sin necesidad de invocar causales. En Argentina, está garantizado por la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, que permite el acceso hasta la semana 14 inclusive de gestación. Debe realizarse en el sistema de salud de manera gratuita, segura, confidencial y con trato digno, respetando la autonomía y la decisión de la persona gestante.

ILE (Interrupción Legal del Embarazo): Derecho a acceder a la interrupción del embarazo cuando se configuran las causales previstas por la ley. En Argentina, está reconocida en el artículo 86 del Código Penal y garantizada por la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Las causales son: cuando el embarazo es resultado de una violación o cuando pone en riesgo la vida o la salud de la persona gestante. No está sujeta a límites de tiempo gestacional y debe garantizarse en condiciones de atención segura, confidencial, rápida y respetuosa, sin necesidad de autorización judicial.

Misoprostol: Medicamento análogo de las prostaglandinas utilizado en salud reproductiva para la interrupción del embarazo, el tratamiento de abortos incompletos y la inducción del parto, entre otros usos. Actúa provocando contracciones uterinas y la dilatación del cuello del útero, facilitando la evacuación del contenido uterino. Es un fármaco seguro, eficaz y ampliamente recomendado por la Organización Mundial de la Salud, tanto en combinación con mifepristona como en esquemas de uso exclusivo, especialmente en contextos donde otros medicamentos no están disponibles. Su acceso y uso deben estar acompañados de información adecuada y dentro de marcos legales y sanitarios vigentes.

Mifepristona: Medicamento antiprogéstágeno utilizado para la interrupción del embarazo, generalmente en combinación con misoprostol. Actúa bloqueando la acción de la progesterona, hormona necesaria para la continuidad del embarazo, lo que produce cambios en el endometrio y facilita la posterior expulsión del contenido uterino. Es un fármaco seguro y eficaz, recomendado por la Organización Mundial de la Salud como parte del esquema de aborto farmacológico, especialmente en etapas tempranas de la gestación. Su uso mejora la efectividad y reduce el tiempo del proceso en comparación con el uso de misoprostol solo.

Urgencia subjetiva³⁷: Concepto que refiere a una forma de padecimiento que irrumpe como “lo insoportable” para el sujeto y que no puede esperar, demandando una respuesta inmediata, eficaz y situada. Se caracteriza por su dificultad inicial para ser expresada en palabras y por su inscripción en la singularidad de cada experiencia.

A diferencia de la urgencia médica —centrada en parámetros biológicos—, la urgencia subjetiva se aborda desde una perspectiva de interdisciplina, que reconoce la integralidad del sufrimiento y la necesidad de una escucha atenta al caso por caso. En este sentido, no puede escindirse del contexto sociopolítico y económico en el que se produce: condiciones como la pobreza, la soledad, los mandatos culturales o las barreras institucionales pueden intensificar y configurar la urgencia.

En el campo de la salud sexual y reproductiva, particularmente en situaciones de interrupción voluntaria del embarazo, la urgencia subjetiva se vincula con la necesidad de “desembarazarse” como respuesta a una vivencia que desborda lo corporal, involucrando dimensiones emocionales, sociales y simbólicas.

Su abordaje implica generar espacios de alojamiento, escucha y acompañamiento que permitan tramitar ese malestar, fortaleciendo la autonomía de la persona y reconociéndose

37 - Mónaco Rodríguez, M. F. (2024). *Randa feminista: hilvanando historias urgentes*. Fundación Mujeres x Mujeres.

como sujeto de derecho, de deseo y de palabra, en contextos atravesados por múltiples vulnerabilidades.

Violencia contra la libertad reproductiva: Modalidad de violencia de género que consiste en la vulneración del derecho de las personas a decidir libre y responsablemente sobre su vida reproductiva. En Argentina, está definida en la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres como aquella que incluye toda acción u omisión que limite o impida el acceso a información, métodos anticonceptivos, servicios de salud sexual y reproductiva, o el ejercicio de decisiones autónomas sobre el propio cuerpo.

Esta forma de violencia puede manifestarse a través de prácticas como la negación o dilación injustificada de prestaciones, la imposición de métodos anticonceptivos, la obstaculización del acceso a la interrupción del embarazo o la falta de información adecuada. Constituye una violación a los derechos humanos y reproductivos, y debe ser abordada desde una perspectiva integral que garantice el acceso efectivo a la salud y la autonomía de las personas.

Violencia institucional: Modalidad de violencia que se ejerce por parte de funcionarias/os, profesionales o agentes pertenecientes a instituciones públicas —y, en ciertos casos,

privadas— mediante acciones u omisiones que obstaculizan, restringen o vulneran el acceso a derechos. En Argentina, se encuentra reconocida en la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

Se manifiesta, entre otras formas, en la negación o dilación injustificada de servicios, el trato deshumanizado, la revictimización, la exigencia de requisitos no previstos por la normativa o la falta de información adecuada. En el ámbito de la salud, puede expresarse en barreras de acceso a prestaciones, prácticas discriminatorias o intervenciones que desconocen la autonomía de las personas.

La violencia institucional implica una responsabilidad estatal, ya que compromete el deber de garantizar el ejercicio efectivo de los derechos en condiciones de igualdad, dignidad y respeto.

Violencia obstétrica: Modalidad de violencia de género que se ejerce en el ámbito de la atención de la salud durante el embarazo, el aborto, el post aborto, el parto y el posparto, mediante prácticas que deshumanizan, medicalizan en exceso o vulneran la autonomía y los derechos de las personas gestantes. En Argentina, se encuentra reconocida en la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y también vinculada a los derechos establecidos en la Ley 25.929 de Parto Humanizado.

Incluye conductas como el trato despersonalizado, la falta de información o consentimiento, la realización de intervenciones innecesarias o sin justificación médica, la patologización de procesos naturales, y la imposición de prácticas que desconocen las decisiones de la persona gestante.

Esta forma de violencia afecta la dignidad, la integridad y la salud física y emocional, y debe ser abordada desde un enfoque de derechos, garantizando una atención respetuosa, informada y centrada en la persona.

Derechos en la atención sanitaria: Ley de derechos del paciente: la ley n°26.529 establece los derechos fundamentales de las personas en su relación con el sistema de salud. Entre ellos:

- Recibir información clara.
- Consentimiento informado.
- Trato digno.
- Confidencialidad.
- Acceso a la historia clínica.

Esta ley reconoce que las personas no son objetos de tratamiento médico, sino sujetos de derechos dentro del sistema sanitario.

Consentimiento informado: según la ley 26.529 de derechos del paciente en Argentina, el consentimiento informado es la declaración de voluntad del paciente, emitida tras recibir información clara y adecuada del médico sobre su salud, el procedimiento propuesto, beneficios, riesgos y alternativas. Es un proceso obligatorio para todo acto médico, garantizando autonomía y libertad de decisión.

Historia clínica: la ley nacional n° 26.529 de Argentina establece que la historia clínica es el documento obligatorio, cronológico, foliado y completo que contiene toda la información sobre la salud y las prácticas médicas realizadas a un paciente. Es propiedad del paciente y el establecimiento debe entregarle una copia firmada en 48 horas si la solicita.

Género³⁸: Categoría social, histórica y cultural que refiere a los roles, identidades, expresiones y relaciones de poder construidas en torno a las diferencias sexuales. No es un dato biológico, sino una construcción que organiza expectativas, normas y jerarquías en una sociedad determinada.

Desde la perspectiva de Judith Butler (2004) el género es una práctica performativa: se produce y reproduce a través de ac-

38 - Subordinaciones invertidas : sobre el derecho a la identidad de género / Laura Saldivia Menajovsky. - 1a ed. - Los Polvorines : Universidad Nacional de General Sarmiento ; Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2017. (es el capítulo 1 “El rol de la medicina y del derecho en la construcción binaria del sexo-género”)

tos, discursos y regulaciones sociales que configuran lo que se entiende como “femenino” y “masculino”, así como otras identidades posibles. La misma alerta en contra de la mirada biologicista, al afirmar que la anatomía y el sexo no existen sin un marco cultural. Por el contrario, el género debe entenderse como una forma cultural de configurar el cuerpo, razón por la cual está abierto a su reforma.

En el marco normativo argentino, la Ley Micaela (Nº 27.499) reconoce al género como una categoría clave para comprender las desigualdades estructurales y las violencias, promoviendo su abordaje en las políticas públicas desde una perspectiva de derechos humanos e igualdad.

Perspectiva biologicista en salud: Es una mirada que explica los procesos de salud y enfermedad sólo a partir de factores biológicos, ignorando el contexto social, económico y cultural.

Las perspectivas críticas en salud pública señalan que esta visión es limitada porque invisibiliza las desigualdades sociales.

Modelo médico hegemónico: Enfoque predominante en el campo de la salud que interpreta los procesos de salud y enfermedad desde una perspectiva fundamentalmente biologicista, centrada en factores orgánicos y fisiológicos. Se caracteriza

por un reduccionismo que desatiende los contextos sociales, económicos y culturales, invisibilizando las desigualdades y la singularidad de las experiencias.

Este modelo tiende a la homogeneización de los sujetos, estableciendo parámetros universales de salud que desconocen trayectorias vitales diversas. Asimismo, configura una relación de poder jerárquica, en la que el saber médico se posiciona como dominante frente a otros saberes, y las personas son frecuentemente tratadas como objetos de intervención más que como sujetos de derecho.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, puede expresarse en prácticas paternalistas que limitan la autonomía, restringen el acceso a información o imponen decisiones, reproduciendo lógicas de tutela sobre los cuerpos. Esta perspectiva refuerza una hegemonía de la biología que ha sido cuestionada por marcos normativos como la ley de identidad de género n° 26.743, así como por enfoques críticos que promueven una mirada integral.

En contraposición, abordajes desde la interdisciplina y perspectivas situadas proponen comprender la salud como un proceso complejo, atravesado por múltiples dimensiones, que requiere reconocer la autonomía, la experiencia y el contexto de cada persona.

Bibliografía, fuentes

Álvarez, M. (2025). Lengua antigénero: Discursos de odio vs. libertad de expresión. Mujeres x Mujeres.

Aquín, N. (Comp.). (2003). Ensayos sobre ciudadanía: Reflexiones desde el trabajo social. Espacio Editorial.

Aquín, N. (2003). En torno a la ciudadanía. En N. Aquín (Comp.), Ensayos sobre ciudadanía: Reflexiones desde el trabajo social (p. 15). Espacio Editorial.

Argentina. Congreso de la Nación. (2002). Ley N.º 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Boletín Oficial de la República Argentina.

Argentina. Congreso de la Nación. (2009). Ley N.º 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Boletín Oficial de la República Argentina.

Argentina. Congreso de la Nación. (2009). Ley N.º 26.529. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Boletín Oficial de la República Argentina.

Argentina. Congreso de la Nación. (2021). Ley N.º 27.610. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial de la República Argentina.

Barrancos, D. (2007). Mujeres en la sociedad argentina: Una historia de cinco siglos. Sudamericana.

Britos, N. (2003). La trayectoria de la ciudadanía en Argentina. En N. Aquín (Comp.), Ensayos sobre ciudadanía: Reflexiones desde el trabajo social. Espacio Editorial.

Butler, J. (1993). Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”. Paidós.

Butler, J. (2001). El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad. Paidós.

Cazzaniga, S. (2008). Trabajo social, interdisciplina: La cuestión de los equipos de salud. En Salud e intervención en lo social (pp. 153–168). Espacio Editorial.

Delgado, L., & Ricco, R. M. (1996). Sistema de servicios de salud. En Salud pública (Tomo II, pp. 129–141). Cátedra de Salud Pública, Facultad de Medicina.

Deza, S. (2020). Las máscaras de la objeción. Mujeres x Mujeres.

Deza, S. (2026). Consentimiento informado para gestar y parir. Fundación Mujeres x Mujeres.

Deza, S., Álvarez, M. S., & Iriarte, A. (2014). Jaque

a la reina: Salud, autonomía y libertad reproductiva en Tucumán (2.^a ed.). Editorial Cienflores; Católicas por el Derecho a Decidir.

Follari, R. (1992). Apuntes. Seminario Epistemología [Material mimeografiado]. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de Entre Ríos.

Heller, Á. (1997). Sociología de la vida cotidiana. Península. (Trabajo original publicado en 1977).

Jelin, E. (1993). ¿Cómo construir ciudadanía? Una visión desde abajo. *Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe*, (55), 21–37.

Luna, F. (2008). Vulnerabilidad: La metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*, IV(1), 60–67.

Ministerio de Salud de la Nación. (2006). Salud y participación comunitaria (Módulo 7, pp. 40–42). Posgrado en Salud Social y Comunitaria.

Moreno, E. (2008). Organización y estructura de los sistemas de salud. En *Salud social y comunitaria*. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Ministerio de Salud de la Nación.

Mónaco Rodríguez, M. F. (2024). Randa feminista: Hilvanando historias urgentes. Fundación Mujeres x Mujeres.

Saldivia Menajovsky, L. (2017). El rol de la medicina y del derecho en la construcción binaria del sexo-género. En Subordinaciones invertidas: Sobre el derecho a la identidad de género (cap. 1). Universidad Nacional de General Sarmiento; Universidad Nacional Autónoma de México.

Sotelo, I. (2009). ¿Qué hace un psicoanalista en urgencias? En Perspectivas de la clínica de la urgencia (pp. 23–30). Grama.

Symington, A. (2004). Interseccionalidad: Una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. Derechos de las Mujeres y Cambio Económico, 9(8), 1–8





MxM
fundación

ISBN 978-631-91459-5-3



9 786319 145953