



# *El derecho a la interrupción legal y voluntaria del embarazo en Argentina y España: persistencia de obstáculos y desafíos actuales*

**Autor:** Bessone, Pablo Gudiño

## Resumen

Tanto en Argentina como en España, el uso abusivo y discrecional de la objeción de conciencia constituye uno de los principales impedimentos para el acceso igualitario y democrático a servicios de aborto legal y seguro. La persistencia histórica de problemas como estos genera y profundiza desigualdades estructurales y territoriales, especialmente entre mujeres y personas gestantes que carecen de recursos económicos suficientes para desplazarse a centros de salud urbanos o acceder al sistema de salud privado. Este breve ensayo, resultado de una Estancia Corta Postdoctoral de la Fundación Carolina realizada en 2022 en la Universidad de Barcelona (España), busca reflejar paralelismos entre los obstáculos presentes y actuales en ambos países en cuanto a los escenarios y procesos de aplicabilidad de las leyes sobre interrupción voluntaria del embarazo. En un contexto transnacional marcado por el avance de políticas y legislaciones en materia de salud sexual, reproductiva y no reproductiva, la investigación se centró en indagar en los comportamientos reactivos frente a estas agendas, reflejados en la interposición de obstáculos al acceso al aborto al interior de las instituciones de salud y exacerbados por el conservadurismo de la cultura médica.

**Palabras claves:** derecho al aborto en Argentina y España, objeción de conciencia, obstáculos, feminismos en salud

## Abstract

In both Argentina and Spain, the abusive and discretionary use of conscientious objection constitutes one of the main impediments to equal and democratic access to legal and safe abortion services. The historical persistence of problems such as these generates and deepens structural and territorial inequalities, especially among women and pregnant people who lack sufficient economic resources to travel to urban health centers or access the private health system. This brief essay, the result of a Carolina Foundation Short Postdoctoral Stay conducted in 2022 at the University of Barcelona (Spain), seeks to reflect parallels between the present and current obstacles in both countries regarding the scenarios and processes of applicability of laws on voluntary termination of pregnancy. In a transnational context marked by the advancement of policies and legislation regarding sexual, reproductive, and non-reproductive health, the research focused on investigating reactive behaviors in the face of these agendas, reflected in the interposition of obstacles to access to abortion within health institutions and exacerbated by the conservatism of medical culture.

**Keywords:** right to abortion in Argentina and Spain, conscientious objection, obstacles, feminism in health



## Introducción

La Estancia Corta Postdoctoral de la Fundación Carolina realizada en 2022 en el Grupo COPOLIS "Bienestar, Comunidad y Control Social" -núcleo del Departamento de Sociología de la Facultad de Economía y Empresa de la Universidad de Barcelona (España)- tuvo lugar en el marco del desarrollo de mis líneas de investigación CIC-CONICET vinculadas al estudio y comprensión de las disputas de perspectivas bioéticas en el ámbito médico y sus impactos en el alcance y la prestación de los servicios de aborto legal y seguro en el sistema público de salud de Argentina. Con el propósito de comparar escenarios y procesos de aplicabilidad de las leyes y políticas de aborto a nivel transnacional, la estancia se planteó con la intención de avanzar en el estudio del caso argentino en su conexión comparativa con el contexto español, considerando la existencia en el mencionado país de una ley de despenalización del aborto vigente desde 2010 y la reciente aprobación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Argentina a finales de 2020.

Según la normativa española, las mujeres pueden interrumpir libremente sus embarazos hasta la semana 14. Esta ley permite los abortos por patología fetal y problemas de salud materna hasta la semana 22. Al igual que en Argentina, las personas usuarias de los servicios de salud no están obligadas a justificar sus decisiones de aborto para evitar acciones y procedimientos legales que retrasen y dificulten el acceso a la práctica. Desde 2010 en España, la denominada Ley Orgánica ha supuesto un avance significativo en la ampliación y el reconocimiento de los derechos reproductivos y no reproductivos de las mujeres y las personas gestantes, si bien dejó pendientes retos relacionados con la persistencia de barreras y obstáculos que posteriormente se abordaron en la reforma legislativa de 2022. En este sentido, la comparación de escenarios con el caso argentino se justifica por la importancia de constatar la persistencia de obstáculos que se manifiestan, en particular, en el uso abusivo, discrecional y no regulado de la objeción de conciencia y en el predominio de una cultura médica e institucional conservadora y antiabortista que influye en la dinámica de los procesos de atención sanitaria.

Tanto en Argentina como en España, la eliminación de los obstáculos relacionados con la objeción de conciencia constituye uno de los principales desafíos para la igualdad de acceso a los servicios de aborto legal y seguro. La persistencia de estos impedimentos genera y profundiza desigualdades estructurales y territoriales, especialmente entre las personas que carecen de los recursos económicos para desplazarse a centros de salud urbanos o acceder al sistema de salud privado. En el caso de España, e independientemente de que el aborto sea un servicio legal prestado por el Sistema Nacional de Salud, estos impedimentos se evidencian en que algunas comunidades autónomas ofrecen mayor acceso a través de los servicios públicos de salud, mientras que en otras el acceso es restringido y las mujeres deben desplazarse a otras regiones.

En Argentina, el sistema de salud se caracteriza por su fragmentación y desigualdades geográficas relacionadas con deficiencias en la calidad de la infraestructura, la distribución de insumos y la disparidad en la disponibilidad de recursos profesionales. Estas deficiencias inciden directa e indirectamente en la falta de democratización y el acceso diferencial a los servicios de ILE e IVE. Este último aspecto es producto y resultado de la reforma del sistema de salud argentino en la década de 1990, que, bajo el paradigma neoliberal, se caracterizó por la desregulación y la transferencia de responsabilidades a la gestión provincial (Fidalgo, 2008; Cerdá y Ramacciotti, 2015). Esto condujo a una profundización de las desigualdades territoriales en el acceso a la atención médica y a una tendencia hacia la mercantilización de los servicios de salud.

La investigación se centró en indagar el impacto que los perfiles conservadores y los usos

distorsionadores de la objeción de conciencia tienen con relación al acceso al aborto en los sistemas públicos de salud de ambos países, así como las tensiones generadas por la emergencia de un modelo médico bioético feminista que garantiza y facilita la prestación de servicios de acuerdo con los estándares legales. Durante la estancia, y a través del diálogo e intercambio con grupos de investigación que abordan la situación actual del aborto en España, el objetivo fue profundizar en el análisis de los dilemas morales que dan lugar a la objeción de conciencia y su relación con perspectivas bioéticas contrastantes en la práctica médica. En términos generales, el proyecto buscó sistematizar tipologías que definen el perfil de la práctica médica y sus implicaciones para el acceso al aborto, organizadas de la siguiente manera. Por un lado, la prevalencia en el sistema de salud pública de un modelo médico punitivo, conservador y objetor de conciencia que promueve restricciones en el acceso al aborto legal. Por otro lado, los efectos de una perspectiva gerencial en la medicina que atribuye la explicación de estos obstáculos a problemas de infraestructura e ignora factores socioculturales que conducen a asimetrías de poder en la relación médico-paciente. Si bien el marco regulatorio actual y los factores institucionales que rigen los abortos en ambos países son importantes y condicionan sus prácticas, una de las variables más influyentes y determinantes son los factores ideológicos que permean la atención médica e implican tanto restricciones como garantías respecto de los derechos en el acceso a la interrupción legal y voluntaria del embarazo.

Las tensiones y dificultades para acceder al aborto legal en Argentina y España ponen de relieve cuestiones pendientes que trascienden los logros y avances legislativos y se relacionan con las características de la cultura médica y la dinámica del sistema de salud pública en ambos contextos. La investigación comparativa permitió comprender aspectos comunes y transversales presentes en ambos escenarios, prestando especial atención a las formaciones culturales de la profesión médica y sus impactos en la aplicación de las leyes sobre aborto. La objeción de conciencia se caracteriza por ser uno de los temas más disputados dentro del sector salud de ambos países y es un fenómeno de tendencia global que coincide con el avance de legislaciones que reconocen el derecho al aborto y el acceso a las políticas de salud sexual y no reproductiva en el marco de los Estados Nación. La estancia también tuvo la particularidad de abordar la pandemia del COVID-19. Respecto a esto último, se analizaron los efectos nocivos de la pandemia con relación a la interposición de impedimentos para la prestación continua de los servicios de aborto y cómo esto tendió a profundizar el conjunto de restricciones ya existentes vinculadas a los conservadurismos de género y antiabortista en la cultura y la práctica médica.

Cabe mencionar que la estancia de investigación se enmarcó en los objetivos y directrices de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, impulsada por las Naciones Unidas. Entre sus prioridades para América Latina se encuentra el estudio de los escenarios de violencia y asimetrías de poder presentes en el sistema de salud pública y sus consecuencias para la profundización de las desigualdades en sociedades marcadas por procesos de fragmentación social. Entre los objetivos y metas de la Agenda 2030 se encuentra la promoción y el desarrollo de la salud y el bienestar, incluyendo entre sus metas centrales la preocupación por la reducción de las tasas de mortalidad materna. Esta agenda busca promover la igualdad de género y el acceso universal a la atención de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva para las mujeres, de acuerdo con los objetivos establecidos por la Plataforma de Acción Beijing+30.

## **Metodología**

Como herramienta para la viabilidad del análisis se empleó la metodología de estudios comparativos para comprender los escenarios y procesos de aplicabilidad de las leyes de aborto en Argentina y España, considerando la presencia de obstáculos y/o facilitadores vinculados a la



prestación de servicios de IVE. En un contexto transnacional marcado por el avance de políticas y legislaciones estatales en materia de salud sexual, reproductiva y no reproductiva, y el activismo feminista vinculado a la defensa de los derechos de género en el ámbito de la salud, la investigación se centró en indagar en los comportamientos reactivos hacia estas agendas, que se reflejan en la interposición de obstáculos al acceso al aborto dentro de las instituciones sanitarias y la cultura médica. La investigación se enmarca en una línea de estudios transfronterizos que aborda fenómenos políticos y sociales como el derecho al aborto y su relación con la cultura médica institucional, que se extienden más allá de las fronteras nacionales, confrontando el nacionalismo metodológico que asume las fronteras del estado-Nación como límites naturales de análisis (Mau, 2010; Piovani y Krawczyk, 2017; Faista, 2022).

La realización de la estancia en el Grupo COPOLIS posibilitó el intercambio con investigadores/as vinculados/as al análisis de las desigualdades de género y los estudios sociales de la salud. Del mencionado grupo participan investigadores/as pertenecientes a las áreas disciplinares de la sociología, la ciencia política, la antropología social y cultural, entre otras, lo que habilitó un tratamiento del objeto de estudio desde un enfoque interdisciplinario y multidimensional, y se avanzó en la adquisición de herramientas metodológicas para el desarrollo de estudios comparados en clave transnacional. La estancia brindó la oportunidad de consultar literatura especializada e investigaciones sobre el tema, así como de revisar información documental y dialogar con actores clave sobre la implementación del aborto en España y su comparación con Argentina. El análisis comparativo entre ambos países tuvo como objetivo identificar el alcance y las debilidades asociadas con la prestación de los servicios de IVE. Esto implicó comprender el impacto de los conservadurismos de género en la medicina, así como las nuevas perspectivas bioéticas que plantean los feminismos respecto al aborto como un derecho a la autonomía no reproductiva y a la igualdad de género en el acceso a los servicios de salud.

### ***Obstáculos y objeción de conciencia al aborto en el sistema público de salud de España***

La reforma legislativa de 2022 sobre Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo en España - Ley Orgánica 1/2023 de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo- tuvo como objetivo fundamental garantizar el derecho al aborto, fortaleciendo la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre salud sexual y no reproductiva. Para ello, se eliminaron una serie de requisitos que obstaculizaban y restringían el acceso a los servicios de IVE. Entre estos, la reforma permite que las adolescentes de entre 16 y 18 años ya no requieran de la autorización judicial de sus padres para interrumpir un embarazo; también, permite a las personas con discapacidad decidir de forma autónoma sobre la interrupción del embarazo, independientemente de la voluntad y el permiso de quienes actúen como sus representantes legales, garantizando que cuenten con el acompañamiento adecuado y necesario para la toma de decisiones informadas. Asimismo, se avanzó en la eliminación de otras barreras, como la obligación de las usuarias de recibir información sobre ayudas para la continuidad del embarazo, lo que habilitaba a la incidencia política de colectivos y grupos religiosos antiaborto que operan en connivencia con las corporaciones médicas objetoras y que obstruyen la implementación de los servicios de IVE en el sistema de salud.

Entre otros debates y aspectos clave abordados durante la reforma 2022/23 se encontraba la regulación de la objeción de conciencia del personal sanitario para garantizar que los abortos se realicen en el sistema público de salud y que las mujeres que buscan atención no se vean afectadas. Aun así, la objeción de conciencia continúa siendo una de las barreras e impedimentos más importantes que limitan el acceso a los servicios de aborto en el Sistema Nacional de Salud español, ya que la mayoría de las prácticas de aborto se realizan en el sistema privado, lo que crea brechas y

escenarios de desigualdad social en el acceso universal a la atención sanitaria (Biurrun-Garrido, García-Garro, Perelló-Iñiguez y Colomar, 2023). La objeción de conciencia y la negativa de un sector corporativo de profesionales a prestar servicios de ILE/IVE profundizan las desigualdades geográficas y territoriales en localidades que carecen de médicos/as que puedan garantizar estos servicios (Aldavert; García, Duran, Tildesley y Torres; 2021). Esto se traduce en una falta de protección para las mujeres y personas gestantes que buscan servicios de aborto en comunidades y localidades alejadas de los centros de salud urbanos, dado el impacto que esto tiene en los retrasos en la atención y las dificultades para acceder a la práctica dentro de los plazos establecidos por la ley. Los problemas vinculados a los usos discretionales y la falta de regulación de la objeción de conciencia constituyen uno de los impedimentos estructurales más significativos que afectan al acceso a la IVE en el sistema sanitario español. En este sentido, y a pesar de las iniciativas de monitoreo del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, la informalidad de la no prestación de servicios subsiste operando de forma subterránea y clandestina y profundiza las asimetrías de poder entre médicos/as y usuarias de los servicios.

Entidades gubernamentales y autoridades de los servicios públicos de salud de comunidades autónomas de España como lo son la región de Cataluña, Extremadura, Andalucía, Castilla y León, entre otras, argumentan los impedimentos y obstáculos para la prestación y alcance de los servicios de IVE a la falta de un protocolo sanitario nacional unificado y los derivados de la excesiva burocracia procedural. La reforma de la ley de aborto de 2022/23 promovió la creación de un registro de objetores en cada comunidad autónoma e instó a los centros de salud públicos a organizarse para facilitar el funcionamiento de los consultorios y consejerías de IVE. Esto último, con el objetivo y la meta sanitaria de evitar desplazamientos a otros territorios y/o la práctica de abortos inducidos de riesgo en mujeres que no pueden acceder a la sanidad privada. La proliferación de profesionales objetores perpetúa las dificultades para acceder al aborto y actúa en consonancia con las arraigadas culturas conservadoras en la formación y la práctica médica. Históricamente en España, uno de los principales inconvenientes de la objeción de conciencia es el modo en que esta se ha ejercido de forma colectiva e institucional -en hospitales, centros de salud y comunidades autónomas enteras-, generando asimetrías y abusos de poder y estigmas a profesionales sanitarios que manifiestan su voluntad de prestar y garantizar servicios de aborto en el sistema público.

La ley vigente sobre aborto en España establece la obligación de las autoridades sanitarias públicas de garantizar la prestación de los servicios de acuerdo con los criterios de gratuidad, estableciendo recursos humanos y presupuestarios suficientes para garantizar este derecho en todo el territorio y en condiciones de igualdad. Sin embargo, el acceso al aborto no siempre está garantizado en el sistema público debido a barreras como la objeción de conciencia y las desigualdades territoriales ligadas a la no disponibilidad de profesionales dispuestos a realizar el procedimiento. Entre los desafíos actuales, y para evitar la interposición y reproducción de obstáculos, organizaciones y colectivos feministas promueven y presionan para que las parteras, enfermeras y médicas practicantes estén autorizadas a realizar abortos quirúrgicos tras instancias formativas y de capacitaciones. Al mismo tiempo, se exige que los/as profesionales de farmacia y enfermería puedan intervenir en la prestación de servicios de aborto con medicamentos en casos de embarazos menores de 12 semanas. Entre otros aspectos, los grupos y colectivos feministas -muchos de ellos ligados a la sanidad pública- demandan la implementación de políticas de salud que brinden apoyo emocional libres de estigma durante todo el proceso de IVE, desde el inicio de la consulta informativa hasta la fase postabortedo, adaptándose a las necesidades, escenarios y demandas de las usuarias.

En cuanto al escenario y contexto del COVID-19, las políticas gubernamentales de gestión de la



pandemia en España tuvieron un impacto directo en las restricciones al acceso a los servicios de aborto. Si bien algunas comunidades autónomas se esforzaron por mantener y facilitar la atención del aborto mediante la expansión del uso virtual de la telemedicina, otras intensificaron aún más sus restricciones al no reconocer el derecho a la IVE y la salud sexual y reproductiva como servicios de salud esenciales. Las políticas de confinamiento y las restricciones a la atención médica afectaron negativamente el derecho de las mujeres a la autonomía no reproductiva, especialmente de aquellas cuyos embarazos se produjeron en situaciones de vulnerabilidad y experienciaron violencia de género al interior de sus hogares (Massó Guijarro y Triviño Caballero, 2020). El aborto con medicamentos, que en España se realiza a una tasa menor en comparación con las técnicas de aborto quirúrgico, no fue una alternativa a las consultas médicas presenciales. Esta situación tendió a exacerbar los obstáculos y vulnerabilidades para las mujeres de territorios y comunas que no cuentan con servicios de aborto disponibles ni profesionales médicos garantes. Los impedimentos generados por la pandemia del COVID-19 pusieron de manifiesto los problemas estructurales relacionados con la atención de la IVE en España y las formas en que la crisis sanitaria sirvió de excusa para las corporaciones médicas antiabortistas que se dirigieron a profundizar las barreras que impiden el acceso democrático a la IVE en el sistema público de salud.

Si bien España cuenta con una legislación sobre el aborto más integral y progresista, su implementación se ve sujeta a múltiples barreras que, de hecho, suponen importantes impedimentos para que las mujeres ejerzan su derecho a la autonomía sobre sus propios cuerpos y la planificación familiar. El principal obstáculo para acceder al aborto en hospitales y centros de atención primaria reside en la negativa de los/as médicos/as, quienes transforman el derecho individual a la objeción de conciencia en un derecho colectivo. Por ello, y para prevenir la discrecionalidad y el abuso de poder por parte de las corporaciones médicas antiabortistas, las organizaciones feministas denuncian y protestan constantemente contra el uso informal y abusivo de la objeción de conciencia que vulnera la legislación vigente y pone en riesgo la salud de las mujeres obligadas a abortar en entornos clandestinos e insalubres.

### ***Avances e impedimentos en los procesos de aplicabilidad de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Argentina***

En Argentina, a pesar de los avances logrados con la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) -Ley 27.610, aprobada en diciembre de 2020 y promulgada en enero de 2021-, el aborto sigue siendo una problemática de salud pública y desigualdades, dados los persistentes obstáculos endógenos a las instituciones de salud pública que contribuyen a obstaculizar el derecho de las mujeres y otras personas gestantes a acceder a un aborto legal y seguro dentro de los plazos establecidos por los instrumentos y marcos legales. Con la aprobación y entrada en vigor de la mencionada ley, se instó a los sistemas de salud pública de las jurisdicciones provinciales y locales a ampliar la prestación y el suministro de servicios de IVE. Aun así, el alcance efectivo de la ley se ve obstaculizado por la discrecionalidad históricamente ejercida por las corporaciones médicas conservadoras y el uso excesivo de la objeción de conciencia, lo que impide avanzar en la expansión y el desarrollo de nuevos equipos de salud capaces de responder a las demandas y solicitudes de atención del aborto.

Como resultado de los desafíos y obstáculos asociados con el uso abusivo y no regulado de la objeción de conciencia, el acceso al aborto varía significativamente entre territorios, y la persistencia de barreras geográficas se ve agravada por la falta de recursos humanos profesionales disponibles para garantizar la prestación de los servicios. Estas dificultades se vinculan en gran medida al predominio de una cultura médica antiabortista dentro de las instituciones de salud y a la falta de

criterios uniformes que faciliten el acceso a la práctica en diferentes zonas geográficas del país. Desde su promulgación e implementación en 2021, la Ley 27.610 sobre IVE inició un proceso de transformaciones que no necesariamente eliminó las barreras para acceder a los servicios de aborto en el sistema público de salud. Esta persistencia de obstáculos se hace mucho más evidente en localidades del interior del país con sistemas de salud limitados y que, antes de la promulgación de la ley, carecían de políticas públicas y mecanismos institucionales para garantizar el acceso a la ILE.

Actualmente, la implementación de políticas de aborto tiene un alcance geográfico desigual en Argentina. Los principales obstáculos incluyen problemas de infraestructura, desigualdades en la calidad de la atención, problemas relacionados con la escasez de insumos farmacéuticos (disponibilidad de misoprostol y mifepristona), así como obstáculos derivados de la falta de médicos/as para garantizar la prestación de servicios en diferentes territorios. A esto se suman las dificultades para coordinar entre los prestadores de atención del primer y segundo nivel de atención en salud para los casos de solicitudes de aborto que deben inscribirse en las causales de ILE. Varios de estos inconvenientes persisten -se incrementan o se agravan- cuando los servicios deben brindarse en zonas del interior del país, donde no hay profesionales médicos disponibles para atender y dar curso a las necesidades y demandas de las usuarias.

A partir de la sanción de la ley de IVE, y a los efectos de evitar el impacto de las desigualdades territoriales, el Ministerio de Salud de la Nación exhortó a las autoridades de los centros de salud públicos nacionales y subnacionales a organizarse para que se puedan hacer efectivas las demandas de aborto legal. Independientemente de ello, continúa siendo una necesidad recurrente la realización de traslados y derivaciones a ciudades y/o departamentos con disponibilidad de efectores garantes. Situaciones como estas ponen de relieve los inconvenientes que surgen de la falta de regulación de la objeción de conciencia y las disparidades en el acceso a los servicios de aborto en función a las cercanías y/o distanciamientos de las usuarias con los centros asistenciales urbanos. En Argentina, las discrecionalidades en el ejercicio de la objeción de conciencia ocurren cuando los/as profesionales abusan de su poder y obstaculizan las derivaciones de pacientes, no brindan servicios de atención post aborto o cuando se utilizan objeciones colectivas y grupales para obstaculizar el derecho a la IVE.

La persistencia de obstáculos para acceder a los servicios de ILE e IVE se observan, por ejemplo, en el uso arbitrario y excesivo de la objeción de conciencia. Esta última se refiere al derecho de los/as médicos/as a abstenerse de realizar cualquier acción u omisión impuesta por la ley cuando dichas acciones se consideren contrarias a sus convicciones religiosas, morales o éticas (Ariza Navarrete y Ramón Michel, 2018). La objeción de conciencia se caracterizó por ser uno de los principales puntos de controversia y tensiones en los debates legislativos sobre la Ley de la IVE en 2018 y 2020, dadas las dificultades que su implementación ha conllevado para la práctica oportuna y adecuada de abortos. A estas dificultades relacionadas con las restricciones a la atención médica se agregan los obstáculos burocráticos que impiden la atención rápida de los casos de aborto que requieren intervención urgente. En diversas zonas del interior del país, persisten problemas de coordinación entre la práctica administrativa y la médica debido a la falta de capacitación del personal administrativo y a la escasez de profesionales locales.

La implementación de la ley de IVE en Argentina depende de las decisiones profesionales de quienes integran los equipos de salud, por lo que la garantía del acceso al derecho al aborto se limita a estas voluntades individuales, más que a una política institucional efectiva (Bossio y Morillo, 2023; Gudiño Bessone, 2023). Escenarios como estos implican sobrecarga laboral hacia profesionales que realizan estas prácticas y también resultan en la disolución de los equipos de salud que



anteriormente venían trabajando en el manejo y atención de las solicitudes de ILE. Durante los tres años posteriores a la aprobación de la ley, se duplicó el número de instituciones y prestadores de servicios de aborto en el sistema público de salud. Este aumento se debió al compromiso demostrado por la administración pública, así como al desarrollo de capacidades profesionales y a un marco legal que facilitó la apertura de nuevos espacios de atención en IVE. No obstante, y a pesar del progreso sostenido en este período reciente, la disponibilidad de consultorios de aborto en las diferentes localidades y provincias continúa siendo dispar y genera desigualdades territoriales en el acceso a la práctica.

La diversidad de factores y actores que históricamente han obstaculizado el acceso al aborto legal y seguro en Argentina motivó en 2015 a la creación de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. Este colectivo, conformado por profesionales de la salud con afiliación feminista, se caracteriza por su presencia y representación a nivel federal y se sitúa en diferentes ciudades y provincias. Dicho núcleo está integrado por médicas generalistas, ginecólogas y obstetras, trabajadoras sociales y enfermeras. Su objetivo y acción consiste en desarrollar estrategias de acompañamiento para garantizar el acceso a los servicios de aborto legal y seguro en hospitales y centros de salud públicos. Los principales espacios de acción de quienes conforman la Red son los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), que funcionan como instancias de acompañamiento pre y postabortion. La Red de Profesionales ha jugado un rol clave en asegurar el cumplimiento y aplicabilidad de los Protocolos para la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en casos de aborto por razones de salud o violación, mientras que sus integrantes actúan actualmente como las principales promotoras y garantes de la aplicabilidad y alcance efectivo de la Ley de IVE en el sistema de salud argentino.

En relación con la pandemia de COVID-19, el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) impuesto por el Estado nacional a partir de marzo de 2020 generó profundos cambios en las condiciones de vida de la población. Las políticas sanitarias implementadas tuvieron un impacto directo e indirecto en la sociedad, exponiendo las estructuras preexistentes de desigualdad y vulnerabilidad. En este sentido, los servicios de anticoncepción y aborto se vieron afectados durante la pandemia, no solo por la sobrecarga del sistema de salud y la priorización de la atención a los casos de COVID-19, sino también por el confinamiento que impidió a las mujeres acceder a hospitales y centros de atención primaria. La crisis sanitaria obligó a la reorganización del sistema de salud y a una reducción en la oferta de servicios de aborto y consejería postabortion como resultado de la reasignación de espacios y recursos para brindar atención y hospitalización a los casos derivados de la pandemia.

Durante la pandemia en Argentina, diversos factores contribuyeron al aumento de embarazos no planificados, desde la violencia doméstica hasta la suspensión de controles ginecológicos, las interrupciones en el suministro de métodos anticonceptivos y la escasez de personal sanitario disponible para la atención del aborto. Independientemente del adverso escenario epidemiológico, la pandemia planteó nuevos desafíos en la implementación de estrategias y modalidades de atención destinadas a garantizar la continuidad de las políticas de salud sexual y reproductiva, así como el acceso a servicios de aborto seguro. En este sentido, y ante los obstáculos que planteó la crisis sanitaria, las médicas de la Red de Profesionales se dedicaron al desarrollo de propuestas transformadoras para responder a las necesidades de las usuarias de los servicios de consejería y abordar las demandas de ILE e IVE afectadas por el aislamiento social y preventivo. En la actualidad, las redes de profesionales de la salud feministas contribuyen a facilitar el acceso al aborto seguro en el sistema de salud público y desafían la cultura conservadora arraigada de la práctica médica, que se manifiesta en el uso abusivo y discrecional de la objeción de conciencia.

## Conclusión

Tanto en Argentina como en España, los principales obstáculos para la implementación de servicios de aborto legal y seguro se asocian al uso excesivo y desregulado de la objeción de conciencia. Estos inconvenientes se evidencian en las desigualdades territoriales y la falta de democratización en el acceso a la práctica, que afecta principalmente a mujeres y personas gestantes en situación de vulnerabilidad socioeconómica. Más allá de los avances y reformas legislativas, y la existencia de nuevas políticas sanitarias orientadas a promover el derecho al aborto, el conservadurismo de género en la práctica médica y sus intersecciones con las desigualdades territoriales siguen siendo uno de los principales obstáculos para la prestación de servicios de IVE en ambos países.

El conservadurismo de género en la cultura médica institucional se ve actualmente desafiado por el surgimiento de cosmovisiones feministas en la medicina, que enfatizan los derechos de las mujeres a la ciudadanía sexual y la autonomía no reproductiva. La persistencia de obstáculos para acceder al aborto en Argentina y España demuestra cómo las experiencias de legalización ampliada coexisten constantemente con la existencia de impedimentos, y cómo la heterogeneidad de perspectivas sobre el aborto contribuye a la dinámica y el desarrollo de conflictos bioéticos en el ámbito sanitario.

El derecho al aborto en Argentina y España no se caracteriza ni se refleja en la igualdad de acceso a los servicios debido a las dificultades para regular la objeción de conciencia y su impacto en las desigualdades territoriales. Muchas comunidades autónomas en España y provincias en Argentina enfrentan obstáculos relacionados con la falta de proveedores de salud que garanticen la prestación de servicios. Entre los diversos factores que contribuyen a estas dificultades se encuentra la prevalencia de culturas conservadoras en las comunas y provincias, que permean y moldean la cultura de las instituciones de salud locales e influyen en la prestación diferencial de los servicios de aborto. El estado actual de las políticas de aborto en ambas latitudes se caracteriza por la existencia de múltiples dificultades y obstáculos para su implementación, situación que permite observar la problemática de la objeción de conciencia como un fenómeno transversal a la experiencia de los países que han avanzado en legislaciones vinculadas a la ampliación de derechos en salud sexual y no reproductiva.

## Bibliografía

- Aldavert S, Baroja Benlliure J, Rodríguez García A, Rodríguez Durán A, Tildesley R, Sánchez Torres A. (2021) *El acceso al aborto en el Estado español: principales barreras*. Barcelona: L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius.
- Ariza Navarrete, S. y Ramón Michel, A. (2018) *Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia: Una propuesta regulatoria a partir de las prácticas del aborto legal en Argentina*, Buenos Aires: CEDES.
- Biurrun-Garrido, García-Garro, V; Perelló-Iñiguez, C. y Colomar-Pueyo, G. (2023) *Reforma de la llei de l'avortament, Llei Orgànica 1/2023; Implicacions per a la pràctica professional*. Musas, vol. 8, núm. 1. Universidad de Barcelona. España.
- Bossio, M. T. y Morillo, A. (2023) *¿Cómo seguir? Obstáculos y límites a la implementación de la IVE*. Cuadernos de Coyuntura, Vol. 8, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba.
- Cerdá, J. M. y Ramacciotti, K. (2025) "Las políticas de salud en los años noventa", en Biernat, C; Cerdá, J. M. y Ramacciotti, K. (Comps.) *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Faist, T. (2022). *Métodos transfronterizos: el desafío del nacionalismo metodológico y las perspectivas de la metodología transnacional*. Migración y Desarrollo, Vol. 20. Nº 38. Universidad Autónoma de Zacatecas, México.
- Fidalgo, M. E. (2008) "Los procesos de reforma neoliberal en el sector salud en Argentina", *Adiós al derecho a la salud*, Buenos Aires, Editorial Espacio.
- Gudiño Bessone, P. (2023) *Prácticas feministas en salud y acceso al aborto en Argentina (2018-2021)*, Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, núm. 95 • año 44, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Massó Guijarro, E. y Triviño Caballero, R. (2020) *Parto y aborto en tiempos de coronavirus: el impacto de la pandemia en los derechos sexuales y reproductivos*. Enrahonar. An International Journal of Theoretical and Practical Reason, Universidad de Barcelona, España.
- Mau, S. (2010) *Social transnationalism: lifeworlds beyond the Nation-State*. Londres: Routledge.
- Piovani, J.; Krawczyk, N. (2017) "Los estudios comparativos: algunas notas históricas, epistemológicas y metodológicas". *Educação & Realidade*, v. 42, n. 3. Porto Alegre. Brasil.
- Ramón Michel, A; Romero, M. y Ramos, S. (2024). *Insistir y persistir: el panorama del aborto en Argentina*. Reporte diciembre 2024, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CEDES.