



Facultad de Psicología
UNR Universidad
Nacional de Rosario

Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

**Decidir en el hospital: subjetividad, deseo y aborto desde una
lectura psicoanalítica**

Modalidad de presentación: Ensayo

Autora: Olmos, Pilar

DNI: 39.950.221

Mail: pilarolmosletto@gmail.com

Docente Responsable: Moreno, Tatiana

2026

Agradecimientos

En primer lugar, a mis papás, por darme la libertad y certeza de que podía estudiar lo que quisiera, por confiar en mí desde el primer día y acompañarme hasta llegar a este nuevo punto de partida.

A las mujeres que han tejido mi vida con fuerza y amor: a mi mamá, por enseñarme que acompañar, sostener y creer es un acto cotidiano y valiente.

A mi hermana, la primera persona a la que me quise parecer, por abrirme los ojos al movimiento de mujeres y mostrarme la potencia de nuestra voz colectiva.

A mi abuela, cuya vida fue un acto silencioso de feminismo.

A mis amistades, por haber compartido conmigo el paso del tiempo, las transformaciones y las búsquedas. Por ser testigos y parte de quién fui y de quién voy siendo. Por la compañía, la escucha y el amor.

A Tatiana y Clara, por acompañar este proceso de escritura con compromiso y sensibilidad.

A la Universidad Nacional de Rosario. Gracias por la educación pública, gratuita y de calidad. A quienes la sostienen cotidianamente por su compromiso, trabajo y apuesta a que el acceso al conocimiento siga siendo un derecho, apuesta política que, lejos de darse por garantizada, se construye y defiende todos los días.

Al psicoanálisis y al feminismo, por ofrecer herramientas para interrogar lo dado, por abrir preguntas allí donde parecía haber respuestas cerradas y por sostener una práctica que no es ajena a lo político. Por permitir pensar la experiencia en su complejidad, sin reducirla, y por insistir en que allí donde hay norma, también hay sujeto.

Índice

Resumen	4
Introducción	5
Entre discursos y protocolos: el hospital como dispositivo de intervención sobre el cuerpo ..	6
El deseo en los bordes del protocolo	10
Reflexiones finales	16
Referencias bibliográficas	18

Resumen

Este trabajo indaga el lugar del sujeto en el ámbito hospitalario en relación con la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, a partir de una lectura psicoanalítica. La investigación se origina en una experiencia situada en una consejería de salud sexual y reproductiva, donde la tensión entre la lógica protocolar y la singularidad de cada caso adquiere espesor clínico. En este marco, se analiza el hospital como dispositivo en el que se articulan discursos médicos, jurídicos e institucionales que organizan la intervención sobre los cuerpos, destacando el papel de la Ley 27.610 como condición de posibilidad para el acceso al derecho. Sin embargo, el trabajo sostiene que la legalidad y los protocolos no agotan la complejidad de las decisiones en juego. A partir de los aportes del psicoanálisis, se introduce la dimensión del deseo como aquello que no puede ser completamente capturado por la lógica normativa. En esta línea, se problematiza la noción de decisión como acto puramente racional, situando la división subjetiva y la incidencia del inconsciente en los procesos de elección. Asimismo, se retoman desarrollos que permiten pensar la tensión entre universalidad jurídica y singularidad subjetiva, destacando la importancia de alojar los tiempos lógicos del sujeto en el marco institucional. Finalmente, se propone que la inclusión del psicoanálisis en el hospital no se orienta a sustituir otros discursos, sino a sostener una ética de la escucha que posibilite que la decisión no quede reducida a un trámite, sino que pueda desplegar su dimensión singular.

Palabras claves: Psicoanálisis; Deseo; Subjetividad; Aborto; Hospital.

Decidir en el hospital: subjetividad, deseo y aborto desde una lectura psicoanalítica

Que el psicoanálisis sea una praxis y no una teoría implica, entre otras cosas, que no existen garantías teóricas, que no existe una técnica determinada para leer los acontecimientos de la experiencia analítica. La lectura será novedosa en cada encuentro y un cuerpo no será jamás todos los cuerpos, un sujeto no será jamás todos los sujetos, una neurosis no puede representar todas las neurosis.

Alexandra Kohan, Un cuerpo al fin

Introducción

Los interrogantes que orientan este trabajo no emergen únicamente de una inquietud teórica, sino de una experiencia situada en el marco de las prácticas pre profesionales realizadas en una consejería de salud sexual y reproductiva dentro del ámbito hospitalario. Fue allí, en el espacio concreto de las entrevistas y en los encuentros con quienes consultaban por la interrupción voluntaria del embarazo, donde la tensión entre protocolo y singularidad dejó de presentarse como una discusión conceptual para adquirir espesor clínico.

En ese escenario, la ley 27.610 aparecía como condición indispensable, los circuitos institucionales como organizadores necesarios de la práctica y, sin embargo, algo del orden de lo singular insistía. Entre los tiempos administrativos y los tiempos subjetivos, entre la indicación técnica y la palabra que vacila, se abría un intervalo difícil de capturar por la lógica del procedimiento. Fue en ese intervalo donde comenzó a delinearse la pregunta que sostiene esta investigación: ¿qué lugar asume el deseo en el interior de un dispositivo estructurado por protocolos?

Desde esta implicación —que no apunta a hacer de la experiencia un saber en sí mismo, sino a situarla como aquello que causa la pregunta y pone en marcha la elaboración— se formula la hipótesis que orienta el trabajo. No se trata de oponer subjetividad y derecho, ni de cuestionar la ampliación de garantías jurídicas, sino de interrogar de qué modo las instituciones pueden alojar la decisión como acto singular sin reducirla a la mera ejecución de un circuito normativo.

En esta línea, resulta pertinente recuperar la posición de Sigmund Freud en una carta enviada en 1920 al médico de su hija Sophie, fallecida ese mismo año en un contexto en el que se sospechaba la práctica de un aborto en condiciones precarias. En dicha correspondencia, Freud alude al carácter “necio e inhumano” de las leyes que obligaban a

continuar embarazos no deseados, señalando la escasa consideración que, incluso dentro del ámbito médico, se otorgaba a las consecuencias de tales regulaciones.

Más allá de la dimensión personal que atraviesa este escrito, lo que allí se pone en juego es una toma de posición que resulta significativa en términos históricos: ya en ese período, Freud advierte sobre las consecuencias de una regulación que desestima la voluntad de quienes no desean continuar su embarazo. En este sentido, su intervención permite situar que la problemática en torno a la interrupción del embarazo no es reciente, sino que ha estado atravesada desde sus orígenes por tensiones entre las regulaciones jurídicas y las decisiones de los sujetos.

Este antecedente no pretende atribuir a Freud una elaboración sistemática sobre el aborto, sino poner de relieve cómo su posicionamiento introduce tempranamente una interrogación sobre los límites de la ley en su relación con los cuerpos. En este sentido, más que afirmar una imposibilidad, se trata de señalar la tensión entre la regulación normativa y la dimensión singular de la experiencia subjetiva. Desde esta perspectiva, la pregunta por el lugar del deseo en el dispositivo hospitalario adquiere particular relevancia, en tanto remite a una dimensión que no puede ser completamente capturada por la lógica normativa.

“El infeliz destino corrido por mi hija me parece albergar en otro aspecto una advertencia que nuestro gremio no suele tomar muy en serio. En vista de una ley necia e inhumana que obliga a continuar con el embarazo aún a mujeres que no lo desean...” (Freud, 1920, p. 605).

Es en este punto donde la cita adquiere un valor central y orientador. Se trata de un gesto que inaugura una manera de situarse frente a problemáticas como el aborto: no desde la norma ni desde el juicio, sino desde una ética que interroga el lugar del sujeto. En este sentido, el presente escrito se inscribe en esa misma orientación, al intentar pensar las decisiones en el ámbito hospitalario más allá de su mera legalidad, atendiendo a la dimensión subjetiva que allí se pone en juego.

Entre discursos y protocolos: el hospital como dispositivo de intervención sobre el cuerpo

El hospital público constituye una institución central dentro del sistema de salud y un espacio privilegiado para pensar las formas contemporáneas de articulación entre saber, poder y prácticas sobre el cuerpo. Lejos de tratarse únicamente de un ámbito técnico destinado al tratamiento de enfermedades, el hospital puede ser pensado como un dispositivo institucional en el que se organizan y articulan distintos discursos que orientan las modalidades de intervención sobre los sujetos.

En este sentido, resulta pertinente abordar el hospital desde la noción de dispositivo. Michael Foucault define el dispositivo como “un conjunto decididamente heterogéneo, que

comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas” (Foucault, 1985, p. 128). Desde esta perspectiva, el hospital no se limita a ser un lugar de asistencia médica, sino que constituye un espacio en el que se organizan y articulan diversas formas de saber y de poder que inciden en la gestión de la vida y del cuerpo.

En el análisis que realiza Michael Foucault (2004) acerca de la constitución de la medicina moderna, se pone de relieve que el saber médico se organiza a partir de una lógica que privilegia la observación, la clasificación y la acumulación de casos. En este marco, la enfermedad se constituye como un objeto de conocimiento que excede la experiencia singular del enfermo, inscribiéndose en un campo de saber colectivo. Así, señala que el soporte de este saber “no es la percepción del enfermo en su singularidad, es una conciencia colectiva encabestrada con todas las informaciones que en ella se cruzan, creciendo en un ramaje complejo y siempre abundante, agrandada por fin a las dimensiones de una historia, de una geografía, de un Estado” (Foucault, 2004, p 53). De este modo, el discurso médico tiende a privilegiar la dimensión generalizable de la enfermedad por sobre la experiencia subjetiva del padecimiento. En este punto, el psicoanálisis introduce un desplazamiento fundamental al situar en el centro de la clínica la palabra del sujeto y la singularidad de su relación con el síntoma. Resulta fecundo retomar lo planteado por Freud (1917) donde introduce la noción de heridas narcisistas que han descentrado al sujeto moderno. Particularmente, la tercera de ellas -la herida psicológica- pone en cuestión la idea de un yo autónomo y plenamente consciente de sus determinaciones al afirmar que el yo no es dueño en su propia casa, lo que impide concebir la decisión como un acto puramente racional y consciente. Por el contrario, desde una perspectiva psicoanalítica, toda decisión se encuentra atravesada por dimensiones inconscientes que exceden lo protocolizable.

En el desarrollo de la medicina moderna se configura lo que Foucault (2004) denomina una “mirada clínica”, es decir, un modo específico de observar y leer el cuerpo que permite constituir a la enfermedad como objeto de conocimiento. A partir de esta transformación, el discurso médico adquiere una posición central en la organización de las prácticas hospitalarias, estableciendo criterios diagnósticos y modalidades de tratamiento.

Sin embargo, la práctica hospitalaria no se encuentra determinada exclusivamente por el saber médico. En el interior de la institución se entrecruzan otros discursos que inciden en la regulación de las prácticas y en la toma de decisiones clínicas. Entre ellos, el discurso jurídico adquiere una presencia cada vez más relevante, particularmente en aquellas intervenciones que involucran derechos, normativas legales y protocolos institucionales destinados a garantizar determinadas prácticas dentro del sistema de salud.

En las últimas décadas, el desarrollo de legislaciones vinculadas con el derecho a la salud y con los derechos sexuales y reproductivos ha implicado una creciente regulación jurídica de determinadas prácticas médicas, orientada fundamentalmente a ampliar el acceso efectivo a estos derechos. En este contexto, el hospital se convierte también en el espacio donde estas normativas deben implementarse, dando lugar a la elaboración de protocolos de atención y procedimientos institucionales destinados a garantizar el acceso a los derechos establecidos por la ley.

La presencia del discurso jurídico introduce así una dimensión normativa que busca ordenar las prácticas profesionales y establecer marcos de actuación relativamente estandarizados. Sin embargo, su intervención en el campo de la salud no se agota en esta función reguladora: también se orienta a garantizar el acceso a la salud como un derecho, configurando un horizonte de legitimidad para las intervenciones. En este marco, los protocolos clínicos cumplen una función relevante, en tanto permiten sistematizar los procedimientos y orientar la práctica de los equipos de salud en determinadas situaciones, a la vez que inscriben dichas prácticas en ese campo más amplio de derechos.

En el caso de las prácticas vinculadas a la sexualidad y la reproducción, este proceso de regulación jurídica ha adquirido una relevancia particular en el contexto argentino reciente. Tras décadas de debates sociales, políticos y legislativos en torno al derecho a decidir sobre el propio cuerpo, en diciembre de 2020 el Congreso de la Nación sancionó la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. La aprobación de esta normativa se inscribe en un proceso histórico más amplio, atravesado por las luchas de los movimientos feministas y de derechos humanos que, durante años, impulsaron el reconocimiento del derecho a decidir sobre la reproducción y el propio cuerpo.

En este marco, la ley establece que: “las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional” (Ley 27610, 2020, art 4). Asimismo, en el mismo artículo se contemplan las situaciones en las que dicho plazo ha sido superado, al disponer que: “fuera del plazo dispuesto en el párrafo anterior, la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo solo en las siguientes situaciones: a) si el embarazo fuere resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración jurada pertinente de la persona gestante, ante el personal de salud interviniente. En el caso de niñas menores de trece (13) años de edad, la declaración jurada no será requerida; b) si estuviere en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante.” (Ley 27610, 2020, art 4).

De este modo, el pasaje a la legalidad no suprime las tensiones, sino que las reconfigura en torno a un desajuste entre temporalidades: por un lado, la del dispositivo hospitalario, orientada por la eficacia y la regulación; por otro lado, la del sujeto, atravesada

por la ambivalencia, el deseo y la opacidad propia de lo inconsciente. Este desfase interroga acerca de las posibilidades de alojar los tiempos subjetivos en un marco institucional.

En continuidad con lo anterior, el artículo 5 de la ley establece que “toda persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción de su embarazo en los servicios del sistema de salud o con su asistencia, en un plazo máximo de diez (10) días corridos desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la presente ley y en las leyes 26.485, 26.529 y concordantes” (Ley 27610, 2020, art 5). A su vez, la normativa define condiciones mínimas de atención que incluyen el trato digno, privacidad, el respeto por la autonomía, la confidencialidad, la calidad y el acceso a la información adecuada.

En este escenario, el sistema de salud en su conjunto -que incluye tanto al sector público como a las obras sociales y entidades de medicina prepaga- se configura como uno de los espacios privilegiados donde se materializa la articulación entre las disposiciones jurídicas, los saberes médicos y las modalidades concretas sobre la intervención sobre el cuerpo. La práctica de interrupción voluntaria del embarazo se inscribe así en un dispositivo institucional que busca garantizar el acceso a un derecho mediante la organización de procedimientos, protocolos y criterios de actuación profesional.

La sanción de la ley 27.610 no sólo introduce una transformación en el plano jurídico, sino que reconfigura las condiciones en las que estas prácticas tienen lugar, incidiendo en los modos en que son leídas, autorizadas y llevadas a cabo en el ámbito de la salud. En este nuevo marco, la consulta deja de inscribirse en coordenadas de clandestinidad y culpabilización, al tiempo en que los equipos de salud pasan a intervenir desde una lógica de derechos. Sin embargo, esta transformación no implica la desaparición de las significaciones sociales que históricamente han organizado la experiencia en torno a la maternidad y el aborto. Persisten, tanto en quienes consultan como en los equipos de salud, juicios morales, mandatos y prejuicios que tensionan la práctica incluso en un contexto de legalidad.

En este punto, se vuelve necesario subrayar que aun cuando la ley establece un marco normativo destinado a asegurar el acceso a la práctica y los protocolos organizan su implementación dentro del sistema de salud, las decisiones que se ponen en juego en estas situaciones no pueden reducirse únicamente a la aplicación de procedimientos técnicos o regulaciones jurídicas. Si bien la normativa establece condiciones institucionales -tales como los plazos de atención, la organización de los equipos de salud, los circuitos de derivación y las garantías de acceso a la práctica- destinadas a garantizar el ejercicio de este derecho, las situaciones que llegan a la consulta hospitalaria suelen estar atravesadas por dimensiones que exceden la lógica administrativa o sanitaria que organiza los dispositivos de atención

En efecto, cuando se trata de intervenciones vinculadas con el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, se ponen en juego experiencias que remiten a la historia singular de quienes consultan, a los sentidos que cada sujeto otorga a aquello que está en juego y a las

coordinadas subjetivas desde las cuales se inscribe la decisión. Asimismo, estas experiencias no se producen en el vacío, sino que se encuentran atravesadas por representaciones sociales y culturales que, aún en contextos de ampliación de derechos, continúan operando en la producción de sentido. En este marco, la consulta hospitalaria se convierte así en un espacio donde no solo se tramita una práctica regulada por la ley, sino también una decisión situada, atravesada por decisiones subjetivas, institucionales y sociales.

Desde esta perspectiva, el psicoanálisis introduce un punto de vista que permite situar esta dimensión subjetiva implicada en las decisiones que atraviesan a los sujetos. Lejos de concebir la decisión como un acto puramente racional o normativo, el psicoanálisis propone considerar que las elecciones que marcan la vida de los sujetos se encuentran atravesadas por la lógica del deseo y las coordenadas singulares de cada historia.

En este punto, se vuelve posible advertir una tensión entre, por un lado, la organización institucional de las prácticas mediante protocolos y marcos normativos destinados a garantizar determinados derechos y, por otro, la dimensión singular implicada en las dimensiones subjetivas. A partir de ello, se vuelve pertinente interrogar qué lugar asume el deseo en un dispositivo institucional organizado por protocolos.

El deseo en los bordes del protocolo

Si bien el marco jurídico y los protocolos de atención resultan fundamentales para garantizar el acceso a la práctica y organizar su intervención institucional, no agotan la complejidad de las decisiones en juego, en tanto que estas involucran la dimensión del deseo y la singularidad, que excede la lógica normativa.

A partir de esta consideración, el presente trabajo parte de la hipótesis de que, aun cuando las prácticas vinculadas con la interrupción voluntaria del embarazo se encuentren reguladas por marcos legales y organizadas mediante protocolos sanitarios destinados a garantizar su acceso, la dimensión del deseo implicada en estas decisiones no puede ser completamente legislada ni protocolizada.

Es en este punto donde la perspectiva del psicoanálisis introduce una especificidad dentro del campo de la salud. A diferencia de otros discursos presentes en el ámbito hospitalario, el psicoanálisis privilegia la escucha de la singularidad del sujeto y de aquello que en cada caso se presenta como irreductible a toda generalización. En este sentido, la práctica analítica no se orienta por la aplicación de respuestas universales, sino la posibilidad de alojar la palabra del sujeto allí donde se ponen en juego decisiones que involucran su cuerpo, su historia y su posición frente al deseo.

En esta línea, resulta pertinente recuperar la noción de “derecho a la subjetividad” desarrollada por Fernández (2022), quien advierte que la ampliación de derechos en el plano jurídico no implica, por sí misma, la garantía de que las experiencias singulares encuentren un espacio de inscripción en las prácticas institucionales. Si bien la ley constituye una condición indispensable para el acceso, el reconocimiento normativo no equivale automáticamente a un reconocimiento subjetivo.

La sanción de la Ley 27.610 ha significado un avance fundamental en materia de derechos sexuales y reproductivos, al desplazar la práctica del aborto del campo de la clandestinidad hacia el ámbito del sistema de salud. No obstante, el pasaje de una práctica penalizada a una práctica legalmente garantizada no elimina las tensiones que pueden emerger en el interior de las instituciones. Allí donde la normativa organiza procedimientos y define encuadres de intervención, subsiste una dimensión que no puede ser completamente regulada: la del sujeto y su deseo.

En este punto, la noción de derecho a la subjetividad permite complejizar la lectura puramente jurídica del acceso a la práctica. No se trata únicamente de garantizar que la interrupción del embarazo pueda realizarse en condiciones de seguridad, sino también de interrogar de qué modo las instituciones alojan —o eventualmente obstaculizan— la singularidad de cada decisión. La pregunta que se abre no es si el derecho existe, sino cómo se ejerce y en qué condiciones se escucha la palabra de quien consulta.

Desde una perspectiva psicoanalítica, esta distinción resulta central. El sujeto del inconsciente no se confunde con el sujeto autónomo del derecho. Mientras que el discurso jurídico presupone un individuo capaz de tomar decisiones racionales e informadas, el psicoanálisis introduce la dimensión de la división del sujeto y del deseo como aquello que no se presenta de manera transparente ni plenamente consciente. Rutenberg (2019) retomando la categoría lacaniana de deseo afirma: “el deseo es siempre un elemento problemático, disperso, polimorfo, contradictorio, sexual e inconsciente” (Rutenberg, 2019, p. 135). En este sentido, la decisión de interrumpir un embarazo no puede reducirse a una elección técnica o administrativa, sino que compromete la posición del sujeto frente a su historia, su cuerpo y su deseo.

En esta línea, Llull Casado (2018) aporta un desarrollo particularmente pertinente para esta discusión al interrogar la tensión entre la universalidad de la legislación en salud pública y la dimensión singular del sujeto implicado en la decisión de interrumpir un embarazo. Si bien reconoce el carácter indispensable del marco normativo para garantizar derechos, advierte que la ley no puede absorber los tiempos subjetivos en los que una decisión se elabora. Para abordar esta tensión, retoma los tres tiempos lógicos formulados por Jacques Lacan —instante de ver, tiempo de comprender y momento de concluir— señalando que la decisión no puede pensarse como un acto meramente inmediato ni como el simple

cumplimiento de un procedimiento. El instante de ver puede situarse en el encuentro con la noticia del embarazo; sin embargo, el tiempo de comprender introduce una elaboración que no siempre coincide con los plazos administrativos ni con la urgencia institucional. Es en ese intervalo donde algo del sujeto se pone en juego, donde la decisión se anuda a su historia, a sus significaciones y a su posición frente al deseo. El momento de concluir, por su parte, no se reduce a la firma de un consentimiento informado, sino que implica una toma de posición subjetiva. En este punto, se vuelve necesario sostener una doble dimensión que no debe disociarse: por un lado, la singularidad del sujeto y su implicación en la decisión, por otro, el marco institucional y jurídico que la hace posible. No se trata de privilegiar uno en detrimento del otro, sino de pensar su articulación. Si se reduce la decisión al plano del derecho, el riesgo es que el sujeto quede subsumido bajo una lógica universal que homogeneiza las experiencias, transformando el consentimiento en un procedimiento estandarizado. Pero, inversamente, si se enfatiza únicamente la dimensión subjetiva, se corre el riesgo de desanudar la práctica de las condiciones que garantizan su posibilidad. En esta tensión, el consentimiento informado puede ser pensado como una instancia que no solo formaliza una decisión, sino que opera como un punto de articulación entre ambas dimensiones: allí donde el derecho no se limita a autorizar, sino que crea las condiciones para que algo del sujeto pueda advenir. La ley 27.610 establece en su artículo 7 que el consentimiento debe brindarse de manera libre, informada y en un marco que garantice el acceso a una información adecuada y comprensible, así como el respeto por la autonomía de la persona gestante, de conformidad con lo previsto en la Ley 26.529 y en el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Lenta y Longo (2025) evidencian que, aun en el marco de la legalidad, la experiencia de abortar se inscribe en una trama afectiva compleja. Las entrevistadas refieren tanto alivio y afirmación como culpa, miedo o vergüenza, lo que permite advertir que la garantía jurídica no agota la dimensión subjetiva de la decisión. En este sentido, los tiempos lógicos posibilitan pensar que entre el reconocimiento del embarazo y la realización del procedimiento se despliega un espacio de elaboración que no puede ser reducido a la mera adecuación al protocolo, aunque éste sea condición necesaria para el acceso al derecho.

Desde esta perspectiva, alojar la dimensión subjetiva en el hospital no implica obstaculizar ni demorar el acceso, sino reconocer que la decisión no se agota en la autonomía formal garantizada por la ley. Se trata de un acto que compromete la posición del sujeto frente a su cuerpo, la sexualidad, la maternidad y los otros significativos. El deseo no es equivalente a la demanda ni a la expectativa social, y tampoco se deja anticipar completamente por los dispositivos institucionales. Abrir un tiempo para comprender —aún en el marco de la inmediatez que muchas veces impone la lógica sanitaria— constituye una condición para que

la práctica no se limite a la eficacia técnica, sino que pueda devenir también un espacio de alojamiento subjetivo.

Si el discurso jurídico organiza la práctica en términos de derechos y garantías, el psicoanálisis introduce la pregunta por aquello que, en cada caso, empuja al sujeto a decidir. ¿Qué se juega en esa decisión? ¿Qué lugar ocupa en la economía psíquica de quien consulta? Interrogar el deseo no supone poner en cuestión la validez del derecho, sino complejizar la comprensión de la experiencia subjetiva que se despliega en el marco de ese derecho.

En este punto, la especificidad de la escucha analítica radica en no suponer que la decisión está completamente cerrada por el solo hecho de estar formulada. Allí donde el protocolo puede orientarse a verificar requisitos y garantizar procedimientos, la ética del psicoanálisis se orienta a sostener un espacio donde la palabra pueda desplegarse sin quedar reducida a una mera confirmación administrativa.

En relación con esta orientación, resulta pertinente introducir el cuento *Para Esmé, con amor y sordidez* de Salinger, en tanto permite situar, desde un registro literario, una forma de lazo que no se sostiene en la verificación de un saber ni en la aplicación de un procedimiento, sino en la contingencia de un encuentro que produce efectos allí donde el sujeto se encuentra desarticulado. El relato, situado en el contexto de posguerra, presenta a un soldado que, tras la experiencia traumática de la guerra queda sumido en un estado de profunda desorganización subjetiva. En ese marco, adquiere relevancia el encuentro con una niña, Esmé, con quien establece un vínculo singular que, lejos de apoyarse en la comprensión o en la intención de reparar, introduce una marca que tendrá efectos posteriores. En este sentido, su incorporación no responde a un uso ilustrativo, sino que apunta a hacer visible aquello que la perspectiva teórica señala: que no es la consistencia de un saber lo que opera, sino la posibilidad de un espacio donde algo del sujeto pueda advenir en su palabra. El relato permite así bordear aquello que, en el ámbito hospitalario, se juega cuando se sostiene una escucha que no busca cerrar la decisión, sino alojar la dimensión que en ella permanece abierta. En este punto, el lazo que allí se configura permite situar que no es la claridad de una intención ni la afirmación de una voluntad lo que orienta al sujeto, sino una dimensión más opaca y no del todo aprehensible: la del deseo.

Desde una lectura lacaniana, el deseo no puede pensarse como equivalente a la voluntad ni como una preferencia individual claramente identificable. Lacan afirma que “el deseo del hombre es el deseo del Otro” (Lacan, 2006, p. 31), subrayando que el deseo no se origina en una interioridad autónoma, sino que se constituye en el campo del lenguaje y en relación con el Otro simbólico. El sujeto, en tanto efecto del significante, no es dueño pleno de aquello que lo mueve a decidir.

Lacan (2023) profundiza esta concepción al formalizar la estructura de la división subjetiva. Allí el sujeto aparece representado por un significante para otro significante, lo que implica que nunca puede coincidir plenamente consigo mismo. El sujeto está estructuralmente barrado (\$), efecto de la cadena significante que lo constituye. Esta división no es contingente, sino estructural: el sujeto se funda en una pérdida, en una falta que no puede ser colmada.

En este marco, el deseo no se presenta como una intención consciente ni como una elección transparente, sino como aquello que surge precisamente de esa falta estructural. Lacan sitúa que el deseo se sostiene en relación con el objeto a, en tanto objeto causa del deseo, resto que se produce en la operación misma de constitución subjetiva. El deseo no apunta simplemente a un objeto concreto, sino que se organiza en torno a aquello que causa al sujeto en su falta.

Si el sujeto se encuentra estructuralmente dividido y si el deseo no coincide plenamente con la demanda formulada, la práctica en el ámbito hospitalario no puede limitarse únicamente a la verificación de condiciones legales o a la aplicación de un procedimiento técnico. La formalización lacaniana de la división subjetiva introduce una advertencia fundamental: allí donde el sujeto habla, no todo está dicho en lo que se enuncia. Siempre hay un resto, un punto de opacidad que no puede ser absorbido por la lógica administrativa ni por el saber médico.

En este marco, la pertinencia del psicoanálisis en el hospital no se funda en la pretensión de ofrecer respuestas alternativas a las políticas públicas ni en cuestionar el derecho garantizado por la ley, sino en sostener una ética de la escucha. Tal como Lacan (1987) lo formaliza, la posición del analista no se orienta por el ideal ni por el lugar del saber que completa, sino por el deseo del analista, condición para que el sujeto pueda confrontarse con su propia división. En este sentido, el analista no ocupa el lugar del Otro que indica qué debe hacerse, sino que se sitúa en una posición que no obtura la falta constitutiva del sujeto.

Es en el mismo seminario donde subraya “para que no tenga que estar pidiendo fósforos, me regalaron una caja bien grande, como pueden ver, sobre la cual está escrita esta fórmula *-el arte de escuchar casi equivale al del bien decir-*” (Lacan, 2023, p. 129) poniendo en primer plano que la intervención analítica no se sostiene en la acumulación de saber, sino en una modalidad de escucha que hace lugar a la palabra del sujeto. La ética analítica introduce así un punto de no saber que no equivale a desresponsabilización, sino a la posibilidad de que la decisión no quede reducida a una adecuación al protocolo. Sostener esta posición implica habilitar un espacio en el que el sujeto pueda asumir su decisión no como mera respuesta a una indicación externa, sino como un acto que lo compromete en relación con su deseo. La necesidad del psicoanálisis en este contexto radica, entonces, en su capacidad de introducir una diferencia respecto de los discursos dominantes en el hospital. Mientras el discurso médico tiende a organizar la práctica en torno a criterios de

eficacia, seguridad y protocolo, y el discurso jurídico en torno a la garantía de derechos, el psicoanálisis pone el acento en la singularidad irreductible de cada caso. No se trata de oponer estos discursos, sino de señalar que ninguno de ellos agota la dimensión subjetiva implicada en la decisión.

Sostener esta perspectiva no implica oponerse a la ampliación de derechos, sino poder abordarla en su complejidad. Una política que reconoce el derecho a decidir se profundiza cuando no reduce esa decisión a un trámite, sino que admite que en ella se juega algo del orden del deseo y de la responsabilidad singular. Entre la ley y el deseo no hay una disyuntiva, sino un campo de tensión que exige una práctica capaz de no obturar la palabra.

Siguiendo esta línea, resulta pertinente recuperar lo planteado por Débora Tajer (2022) en torno a una paradoja epistemológica que atraviesa el campo: “Con el psicoanálisis no alcanza, pero sin el psicoanálisis no se puede” (Tajer, 2022, p. 131). Si bien el psicoanálisis no alcanza por sí solo para dar cuenta de la complejidad que adquiere la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo en el ámbito hospitalario, sin él se vuelve imposible sostener una lectura que incluya la dimensión del sujeto. Esta formulación no sólo señala un límite, sino que habilita un modo de intervención que no se reduce a la aplicación de protocolos ni a la mera ejecución de procedimientos.

Es en esa tensión —no resuelta, no suturada— donde la clínica psicoanalítica encuentra su lugar, no como garantía adicional, sino como puesta en juego de una ética que posibilita que la decisión se inscriba como acto propio. Allí se juega la dimensión más radical de la subjetividad.

En este sentido, Rutenberg (2019) propone en *Hacia un feminismo freudiano* pensar la articulación entre psicoanálisis y feminismo como prácticas que, sin confundirse, comparten una dimensión ética y política. Lejos de una posición de neutralidad, el psicoanálisis implica una práctica sostenida en la escucha del padecimiento subjetivo, donde la singularidad de cada experiencia no puede ser subsumida a categorías generales ni a respuestas estandarizadas. Desde esta perspectiva, el acto analítico se configura como una intervención que no es ajena a lo político, en tanto supone una toma de posición frente a los modos en que el sufrimiento es leído, escuchado y abordado. En este sentido, sostener una práctica que no sea indiferente implica también reconocer que, aun en un marco de derechos, cada intervención pone en juego una posición ética frente al deseo del sujeto.

En un contexto en el que la ampliación de derechos constituye una conquista fundamental, el desafío no radica únicamente en garantizar el acceso a las prácticas, sino también en sostener espacios donde esas prácticas no se vacíen de su dimensión subjetiva. La eficacia de un dispositivo no debería medirse sólo en términos de cumplimiento de protocolos, sino también en su capacidad de alojar la palabra y la singularidad. En este sentido, la inclusión del psicoanálisis en el ámbito hospitalario no se presenta como un

suplemento, sino como una condición para que el derecho a decidir pueda inscribirse como una experiencia que compromete al sujeto en relación con su deseo y su responsabilidad.

Reflexiones finales

Este trabajo se encuentra orientado por una inquietud que lo recorre de principio a fin: cómo pensar el lugar del sujeto en el ámbito hospitalario, particularmente en torno a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, allí donde la intervención se organiza a partir de saberes técnicos y dispositivos institucionales que buscan ordenar la experiencia. Más que ofrecer respuestas cerradas, el recorrido que aquí se propuso intenta sostener esa pregunta y explorar sus alcances, atendiendo a aquello que, en cada caso, no se deja reducir a los marcos disponibles.

En este sentido, resultó necesario recurrir a un texto que, desde otro registro, permitiera bordear esa dimensión de la experiencia que no siempre encuentra lugar en los discursos formales. Es así como *Para Esmé, con amor y sordidez* de J. D. Salinger se fue imponiendo a lo largo de la lectura y la escritura de este trabajo, no como un ejemplo ni como una ilustración, sino como una vía para pensar aquello que se juega cuando el sujeto se ve confrontado a un punto de desarticulación que excede toda previsión.

En el relato, no es un saber el que logra operar como sostén, sino la irrupción contingente de un lazo que, en su singularidad, introduce una marca allí donde todo sentido vacila.

Este movimiento resulta especialmente fecundo para pensar la especificidad del psicoanálisis. Allí donde otros discursos se orientan por la producción de sentido o por la restitución de un orden, el discurso analítico se sitúa de otro modo: no busca completar, sino hacer lugar a aquello que irrumpe como resto, como punto de no saber. No es la consistencia de un saber lo que opera, sino la posibilidad de un lazo que, en su contingencia, se dirige al sujeto sin pretender normalizar su experiencia.

Es desde esta orientación que puede pensarse la intervención del psicoanálisis en el ámbito hospitalario, particularmente en torno a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo. En este campo, atravesado por decisiones que comprometen de manera singular al sujeto, el discurso analítico no se orienta por indicar un camino ni por resolver una encrucijada, sino por propiciar un espacio donde algo de esa experiencia pueda desplegarse sin quedar inmediatamente subsumido bajo sentidos ya establecidos. La especificidad del psicoanálisis no radica en ofrecer respuestas, sino en alojar la pregunta allí donde esta insiste, posibilitando que la decisión no quede capturada únicamente como un acto a realizar, sino que pueda ser leída en su espesor subjetivo.

De este modo, en un escenario fuertemente organizado por saberes expertos y marcos institucionales, la práctica analítica introduce una torsión: la de sostener un lugar donde aquello que no encaja -lo singular, lo opaco, lo no dicho- pueda tener alguna forma de inscripción. Es allí donde se juega su aporte específico, no como complemento del dispositivo, sino como una ética que apuesta a que algo del sujeto pueda advenir en el acto mismo de decidir.

Referencias bibliográficas

Argentina. (2020). *Ley N° 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo*. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>

Fernández, M. (2022). *Lo que urge hacia el derecho a la subjetividad*. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXVIII Jornadas de Investigación, XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional, III Encuentro de Musicoterapia (pp. 280-285) Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-012/467>

Foucault, M. (1985). El juego de Michel Foucault. En *Saber y verdad* (pp. 127- 166). La piqueta.

Foucault, M. (2004) *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI Editores.

Freud, S. (1917). Una dificultad del psicoanálisis. En *Obras completas* (Vol. XVII). Amorrortu Editores.

Freud, S. (2013). *Carta a sus hijos*. Paidós.

Lacan, J. (2023). *El seminario. Libro 10: La angustia* (1962-1963). Paidós.

Lacan, J. (2023). *El seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (1964). Paidós.

Lenta, M. M. & Longo, R. G. (2025). *Implicancias subjetivas de mujeres adultas que recurrieron a un aborto en Argentina con posterioridad a la sanción de la Ley 27.610*. Salud Colectiva <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/5349/2677>

Lull Casado, V. (2018). *La dimensión del sujeto en torno a la cuestión del aborto. Lo singular en el debate por lo universal de la legislación en salud pública*. En X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornadas de Investigación, XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR (pp.407-411) Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-122/463>

Rutenberg, S. (2019). *Hacia un feminismo freudiano*. La Docta Ignorancia.

Salinger, J. D. (2001). Para Esmé, con amor y sordidez. En *Nueve cuentos* (pp. 45-52). Edhasa

Tajer, D. (2022). *Psicoanálisis para todxs*. Topia

