

Reporte anual 2023

Logros de la política de acceso al aborto y amenazas actuales

Agosto 2024





Autoras

Romero, Mariana
Keefe-Oates, Brianna
Krause, Mercedes
Ramón Michel, Agustina
Ramos, Silvina

Agradecemos la colaboración de Caitlin Gerdts, Carla Zapata, Daniela Guberman, Silvina Molina y Sonia Ariza Navarrete

Revisión editorial

Sofía Mercader

Diseño y diagramación

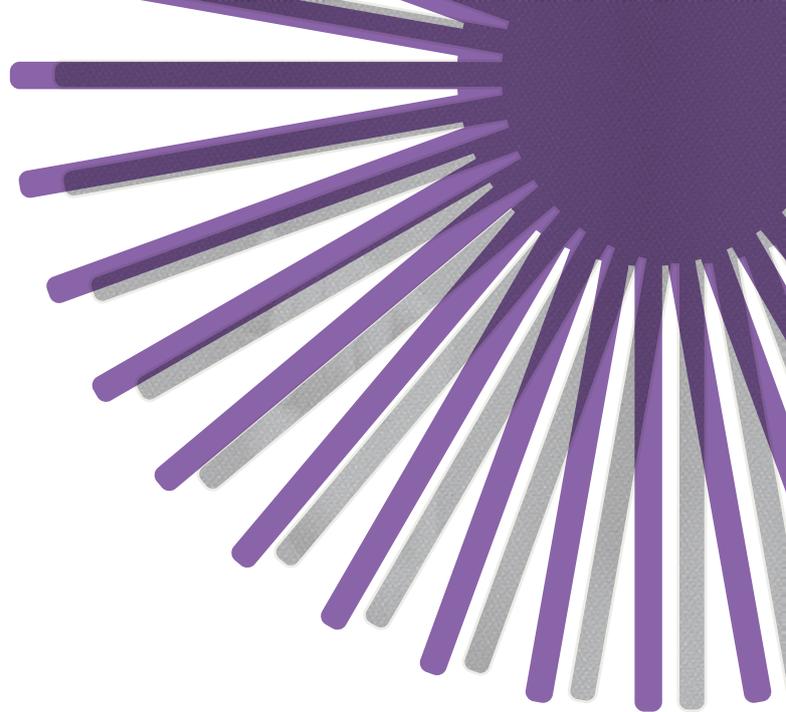
Agencia BI

Cita recomendada

Romero M, Keefe-Oates B, Krause M, Ramón Michel A, Ramos S. Reporte anual 2023: Logros de la política de acceso al aborto y amenazas actuales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2024.
Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4787>

ISBN

ISBN 978-631-90255-5-2



ÍNDICE

1. Presentación	4
2. Contexto político: las amenazas latentes al derecho al aborto	5
2a. Poder Judicial: protección del derecho ante las demandas contra el aborto	8
2b. El Plan Enia: la política pública que redujo el embarazo adolescente pero fue desmantelada	10
3. Tres años de aborto legal	14
3a. Mirada nacional	14
3b. Mirada federal	22
3c. Monitoreos de organizaciones sociales: qué información tienen usuarias y profesionales sobre el derecho	28
3d. Indicadores de acceso y calidad de aborto según la Encuesta MACA	32
4. Mensajes finales	37

1. Presentación

Este nuevo reporte es el primero que elabora el proyecto mirar luego del cambio de gestión en diciembre de 2023, tanto a nivel nacional como provincial, en Argentina. El reporte sistematiza información cuantitativa y cualitativa y sus particularidades respecto al acceso al aborto en los últimos meses del año 2023.

En primer lugar, el informe destaca los avances alcanzados en los tres primeros años de implementación de la [Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y Atención Posaborto](#); en segundo lugar, identifica el “piso” que fue posible lograr en ese período; y, en tercer lugar, explora la situación que las nuevas gestiones de gobierno encontraron y que deberán sostener y mejorar para cumplir con sus responsabilidades jurídicas y políticas en el acceso al derecho al aborto.

Otra novedad de este reporte es que se utilizaron solicitudes de acceso a la información pública, un mecanismo de rendición de cuentas del que dispone la sociedad civil para hacer seguimiento de las acciones, decisiones y resultados de las políticas de gobierno, lo que permitió recabar información de las autoridades de salud nacionales y de las provincias. También se incorporaron datos de fuentes públicas.

Complementariamente, el reporte tiene en cuenta otros monitoreos locales llevados a cabo por organizaciones de la sociedad civil en los cuales se identifican los avances y problemas en los territorios provinciales y, en algunos casos, municipales, respecto de la implementación de la Ley 27.610. También hace referencia a dos problemáticas relevantes: la situación de las causas judiciales contra la Ley 27.610 y la política de acceso al aborto, y el desmantelamiento del Plan Enia por parte de las nuevas autoridades nacionales.

Deseamos que este reporte informe apropiadamente sobre la situación en la que nos encontramos respecto a los logros y obstáculos que presenta la política pública de acceso a la interrupción voluntaria (IVE) y legal (ILE) del embarazo en Argentina, y oriente el debate acerca de cómo alcanzar resultados satisfactorios y resolver problemas que todavía persisten. Otro objetivo es nutrir las acciones de incidencia para sostener y ampliar los alcances de la política de aborto, resistiendo los embates que se presenten a nivel nacional y provincial, y contribuir a fortalecer el compromiso de quienes trabajan para hacer del derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo una realidad en la vida cotidiana de las personas.

El reporte consta de tres secciones:

01.

Contexto político caracterizado por la presencia de amenazas latentes al acceso al derecho al aborto y un Poder Judicial que actúa como resguardo de la implementación de la ley de IVE ILE. La importancia del Plan Enia, que logró reducir en un 50% el embarazo adolescente y que fue desmantelado por el gobierno nacional.

02.

Análisis cuantitativo y cualitativo de la aplicación de la ley de IVE ILE en el país en base a datos obtenidos a través de pedidos de acceso a la información a Nación y provincias.

03.

Análisis de monitoreos de acceso al derecho al aborto en provincias y municipios realizados por otras organizaciones sociales. Resultados obtenidos a partir del instrumento MACA que permite medir el acceso y la calidad de los servicios del aborto.



2. Contexto político: las amenazas latentes al derecho al aborto

- La militancia libertaria contra el movimiento feminista y sus logros, las manifestaciones del presidente contrarias al aborto, la ausencia de información sobre la continuidad de las políticas públicas nacionales sobre derechos sexuales y reproductivos, y la posición sobre IVE ILE de los partidos aliados al gobierno: un panorama que crea escenarios donde el peligro latente contra al aborto puede activarse.

- El rechazo al movimiento feminista tiene un lugar destacado en el discurso libertario y presidencial, identificado como la última vanguardia militante.

- La ley IVE ILE es una prenda de disputa política de máximo valor simbólico.

- En este contexto, las organizaciones del movimiento feminista se mantienen activas, reflexivas y preocupadas fomentando el diálogo y el debate entre actores sociales clave, acompañando las estrategias de los equipos provinciales.

Seis meses después de la asunción de Javier Milei como presidente de la Nación, todavía no se cumplieron las expectativas más pesimistas sobre una eventual derogación de la ley de IVE ILE. No está en discusión un proyecto de ley en el Congreso de la Nación, ni hay un debate explícito sobre la IVE ILE en el gabinete nacional ni en los medios de comunicación. Aún más, el propio presidente aseguró que el tema “no está en su agenda”¹. No obstante, los hechos indican que tanto el presidente como miembros de su gabinete no abandonaron las críticas a la legalidad del aborto² ni a una agenda más amplia de reivindicaciones de los movimientos de mujeres³ y de la diversidad sexual

y de género⁴. La primera conclusión, entonces, es que los peligros que representaba el triunfo de Milei en las elecciones presidenciales de 2024 no se concretaron, pero tampoco desaparecieron, sino que continúan latentes.

Esta latencia se puede analizar en cinco ámbitos: la militancia reaccionaria y antifeminista al interior del movimiento libertario que lidera Milei, los discursos del presidente manifestando su oposición al derecho al aborto, las políticas del Poder Ejecutivo, la actividad parlamentaria, y la alianza oficialista. Esto nos permite imaginar escenarios en que el peligro de retroceso respecto de la Ley 27.610 pase de ser latente a actualizarse. Respecto al primer ámbito, se trata de un creciente movimiento reaccionario que es el centro de apoyo al gobierno. Este movimiento no se limita a una posición antifeminista, sino que sostiene posiciones

1 Ver entrevista al presidente Milei realizada por la BBC el 6 de mayo de 2024.

2 Ver acto del presidente Milei en el Luna Park el 23 de mayo de 2024.

3 Ver inauguración del Salón de los próceres en la Casa Rosada, 8 de marzo de 2024.

4 Ver declaraciones del secretario de culto, Francisco Sánchez en encuentro de Vox el 18 de mayo de 2024.

contra las agendas de derechos que avanzaron en los últimos cuarenta años, tales como la memoria de los años setenta, discusiones sobre el cambio climático, las reivindicaciones de las disidencias sexuales y de género, y de los pueblos originarios, entre otras. En esta agenda reaccionaria, sin embargo, el rechazo al movimiento feminista tiene un lugar destacado y suele ser identificado como la última vanguardia militante. Una estrategia de esta corriente es la difusión de noticias falsas. Por ejemplo, el movimiento libertario argentino identifica erróneamente a los históricos movimientos de mujeres y diversidades en Argentina con el gobierno de Alberto Fernández y con el movimiento kirchnerista. También sostienen que el feminismo equivale a una “amenaza” hacia los varones, especialmente a los jóvenes, ya amenazados por la precariedad de su lugar en el mercado laboral y en las escasas posibilidades de acceso a la vivienda. En este marco, la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo adquiere un lugar preponderante, de máximo valor simbólico, en la disputa política.

El segundo ámbito en donde se puede analizar la amenaza latente al derecho al aborto es en los discursos del presidente, que se ha expresado en contra de la legalidad del aborto y de la legitimidad del feminismo en muchas oportunidades, tanto como presidente como candidato presidencial, y en su trayectoria pública previa. Como presidente, en su discurso en el Luna Park el 22 de mayo de 2024 se refirió a la “agenda asesina” del aborto. El 23 de marzo de 2024 escribió en X (ex Twitter) su latiguillo de que el aborto es un “asesinato agravado por el vínculo y la desproporción de las fuerzas”. El mismo que usó el 6 de marzo en su discurso en el Instituto Cardenal Copello de la Ciudad de Buenos Aires. Antes de asumir como presidente, reclamó en varias ocasiones la prohibición del aborto en su característico estilo histriónico. Sin embargo, también hay que considerar que el portavoz presidencial Manuel Adorni y el mismo presidente han dicho que “el aborto no está en la agenda” del gobierno. Por su parte, el

jefe de Gabinete de ministros Guillermo Francos dijo que “lo que hay que hacer fundamentalmente es respetar la libertad individual. Cada persona decide qué es y lo que quiere hacer de su vida”, como respuesta a declaraciones del secretario de culto Francisco Sánchez, quien manifestó que “hay que terminar con el aborto”.

Asimismo, en los discursos del presidente se puede advertir una diferencia relevante entre los contextos en los que aparece el aborto y en los que no. El aborto aparece siempre frente a tribunas en discursos encendidos, donde inmediatamente se expresa, también, contra el cambio climático, el socialismo y la “agenda 2030”, con relación a la agenda de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas integrada por 17 objetivos y 169 metas que abarcan las esferas económica, social y ambiental a alcanzar en el 2030. En cambio, el aborto desaparece en los discursos más solemnes del presidente, como en el de su asunción, el que dio ante la Asamblea Legislativa y en su primera cadena nacional, los cuales se enfocaron principalmente en la economía del país. Estas diferencias podrían ser señales sobre el sentido y los usos que tiene la cuestión del aborto en la agenda del presidente Milei. Es decir, el aborto pareciera, al menos estos primeros meses, tener un lugar más preponderante en un contexto de militancia partidaria.

En el tercer ámbito en donde cabe analizar el lugar que se le da al aborto es en las políticas públicas del Poder Ejecutivo. Hasta la fecha, ninguna autoridad ha confirmado el compromiso con la continuidad de la provisión de insumos de salud sexual y reproductiva por parte del Ministerio de Salud de la Nación, lo que genera incertidumbre sobre el futuro de la distribución de medicamentos utilizados en las prácticas de aborto como misoprostol y mifepristona. Tampoco hubo confirmación sobre la continuidad de la línea telefónica para consultas sobre salud sexual y reproductiva. Y, por ende, parece muy probable que la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva no ejerza la misma rectoría en la política de aborto federal, lo que

afectaría las capacitaciones y el acompañamiento técnico y político a los equipos de salud sexual y reproductiva. Por último, el Poder Ejecutivo declaró 2024 como “Año de la Defensa de la Vida, la Libertad y la Propiedad”.

El cuarto ámbito tiene como protagonista al Poder Legislativo, donde se destacan dos iniciativas. En febrero de 2024 la diputada oficialista Rocío Bonacci presentó un proyecto para penalizar el aborto que incluía una pena de hasta diez años de prisión para las mujeres. El proyecto tuvo la firma del entonces presidente del bloque oficialista Oscar Zago, y las de Beltrán Benedit, María Fernanda Araujo, Lilia Lemoine y Manuel Quintar, integrantes del bloque oficialista La Libertad Avanza. La otra iniciativa está relacionada con el primer proyecto de la Ley Bases que incluía la reforma de la Ley 1000 días para crear la figura legal de “feto”. Ninguna iniciativa prosperó en parte por el trabajo articulado entre algunos legisladores y organizaciones de la sociedad civil.

El último ámbito para considerar es la alianza oficialista que no está compuesta solamente por el movimiento antigénero, sus representantes y el presidente Milei priorizando la economía, sino que suma fuerzas que apoyan de distintas formas y con diferente compromiso la agenda del gobierno nacional. Allí se encuentran el PRO y sectores del peronismo y de la Unión Cívica Radical. Si se considera esta coalición oficialista de manera amplia es imposible asignarle una posición unívoca sobre el aborto. Porque entre los apoyos más importantes al gobierno hay políticas y políticos cuyo respaldo al aborto legal es reconocido e, incluso, es un elemento clave de su perfil público.

Con este panorama hay dos grandes hipótesis acerca de los escenarios en los que el peligro podría dejar de estar en latencia y volverse actual: la batalla cultural en la debilidad o el “vamos por todo” en la fortaleza. En un escenario de debilidad, el gobierno podría dar impulso a las agendas no económicas para compensar una eventual caída de su imagen si, por ejemplo, los resultados

económicos no satisficieran a la opinión pública. En un escenario de fortaleza, el gobierno podría avanzar sobre las agendas no económicas en caso de ampliar sus bloques legislativos luego de las elecciones legislativas de 2025.

En este contexto, las organizaciones del movimiento feminista se mantienen activas, reflexivas y preocupadas por evitar una actitud meramente reactiva y no estratégica ni sustantiva a corto, pero también, a mediano plazo. Desde el año pasado, CEDES, ELA (Equipo Latinoamericano de Justicia y Género) y REDAAS (Red de Acceso al Aborto Seguro), como muchas otras organizaciones y espacios, vienen organizando encuentros entre intelectuales, activistas, comunicadoras e investigadoras para conversar sobre aspectos del actual ambiente argentino asociados a la democracia, al lugar del feminismo y la agenda de género, a la ciudadanía y su vínculo con lo público y con los partidos políticos, y sobre la comunicación política, entre otros temas. En tiempos de incertidumbre, construir y preservar espacios de diálogo entre actores claves para pensar, discutir y también ir perfilando nuevos encuadres, vocabularios y estrategias, aparece como fundamental. Esto es así particularmente en los vínculos con las provincias, tanto con los equipos de salud como con la gestión sanitaria local.

Nuestro propósito es compartir saberes y visiones, ampliando el círculo de la conversación para seguir pensando, y generar y revisar la evidencia sobre las expectativas y demandas de la ciudadanía para prevenir mayores daños.



2a. Poder Judicial: protección del derecho ante las demandas contra el aborto⁵

- Entre 2018 y principio de 2024 se presentaron 38 demandas contra el derecho al aborto legal y seguro.

- Del total, 35 fueron resueltas a favor de mantener las normas vigentes y las restantes siguen pendientes de respuesta sobre su admisibilidad en la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

- Se iniciaron causas en 13 de las 24 provincias.

- Algunas sentencias reconocen el valor democrático del proceso de aprobación de la ley, y consideran que la vía para disputar un derecho que tuvo un proceso tan participativo es el Poder Legislativo y no la vía judicial.

- Los tribunales han sido un espacio para cuestionar (con casi nulo éxito) la Ley 27.610, pero también para protegerla.

Desde mediados de 2018 hasta principios de 2024 se han presentado al menos 38 demandas contra el derecho al aborto legal y seguro. El debate sobre la ley de interrupción del embarazo, especialmente antes y durante la sanción de la Ley 27.610 impulsó a los sectores opositores a tratar de desmontar esta política pública a través de los tribunales.

Se presentaron en juzgados de distintas jurisdicciones del país (federales y provinciales) acciones de amparo y de inconstitucionalidad que buscaron dejar sin efecto la ley de IVE ILE. Para que estas acciones puedan llevarse adelante se exige que las personas que presentan la acción tengan un “interés legítimo” en esa situación y puedan probar que se ven afectadas personalmente por la situación que reclaman en la justicia. Sin embargo, en las causas que se presentaron

contra la ley de IVE ILE, las personas demandantes (partidos políticos, organizaciones de la sociedad civil e individuos) indicaron, en la mayoría de los casos, interés en la defensa de “niños por nacer”; en otros casos, en la defensa de toda la sociedad afectada por el derecho a la IVE ILE.

De las **38 causas judiciales, 35 fueron resueltas a favor de mantener las normas vigentes** y las restantes siguen pendientes de respuesta sobre su admisibilidad. Todos los demás casos fueron rechazados por razones procesales, como el rechazo *in limine*⁶ o la falta de legitimidad de las personas

⁵ Agradecemos a Sonia Ariza Navarrete y Carla Zapata haber brindado información y análisis para la redacción de este apartado.

⁶ El rechazo *in limine* ocurre usualmente cuando los jueces consideran que las demandantes no aportaron elementos que permitan comprobar la existencia de un “caso o controversia”, en la medida en que los argumentos esgrimidos son de carácter genérico o no prueban de qué manera las normas impugnadas les generan un perjuicio concreto, o porque se estima insuficiente la invocación de agravios por ser meramente eventuales o conjeturales.

demandantes. En algunas decisiones procesales, los jueces han dejado entrever que consideran el aborto un derecho, que reconocen el valor democrático del proceso de aprobación de la ley, y que consideran que la vía para disputar un derecho que se obtuvo a través de un proceso participativo es el Poder Legislativo y no la vía judicial. En otras palabras, **los tribunales han rechazado las demandas contra la ley de IVE ILE.**

Las tres causas restantes están actualmente en la Corte Suprema de la Nación, en recurso extraordinario federal. Dada la tendencia de los tribunales inferiores, es probable que la Corte también rechace estas causas por razones procesales. Ya existen precedentes sobre aborto en los que la Corte, sin examinar el fondo de la cuestión, ha dejado firme el criterio de que no había una controversia.⁷ Para la justicia, este tema excede la constitucionalidad de la ley de IVE ILE; se refiere, además, y en primer lugar en esta instancia, a la modalidad de revisión de la constitucionalidad de las normas. Aceptar estas acciones sería un cambio importante en relación con la posibilidad de disputar la vigencia de una norma aprobada por el Congreso. En otras palabras, si la Corte acepta estas demandas, ello implica que se relajan los requisitos de “interés legítimo” y “existencia de caso”, en consecuencia, cualquier persona, o casi cualquier persona, podría solicitar la inconstitucionalidad de cualquier norma solo porque no está de acuerdo, sin tener una afectación directa de un derecho o un interés en juego.

Las causas que se encuentran para decisión de la alta Corte han sido impulsadas por actores habituales del sistema judicial: Portal de Belén, una organización cordobesa que ha judicializado todas las leyes de salud sexual y reproductiva desde 2001; Marisa Esther Kulanczynsky, una abogada porteña que, junto con al menos veinte abogados más, suele litigar en casos de este tipo; y Cristina Fiore Viñuales, exsenadora salteña y

actual ministra de Educación de su provincia. Kulanczynsky y Fiore Viñuales presentaron amparos colectivos en defensa de los derechos de las personas por nacer en Argentina.

El uso de los tribunales para cuestionar la Ley 27.610 se ha extendido a varias provincias, sin concentrarse necesariamente en jurisdicciones como Córdoba, que históricamente se opuso al derecho al aborto. En particular, **se iniciaron causas en 13 de las 24 provincias.** Además, se utilizó la justicia federal (23 causas) y también la provincial (15) para tratar de dejar sin efecto la norma. La mayoría de las presentaciones provienen de las jurisdicciones más grandes o con mayores recursos de movilización social, a saber, Provincia de Buenos Aires (7), Ciudad de Buenos Aires (7), Córdoba (6), Tucumán (4) y Salta (3). Luego le siguen Chaco, Santa Fe y San Luis con dos causas cada una. Otras provincias con al menos una demanda cautelar o de amparo contra la normativa de aborto son Chubut, Entre Ríos, La Pampa, Mendoza y San Juan.

La mayoría de las causas se iniciaron en los meses posteriores a la aprobación de la ley de IVE ILE y también la mayoría fueron rechazadas durante el primer año de vigencia de la norma. Sin embargo, el número exacto de demandas es incierto, ya que en algunos casos se pide reserva y en otros hay problemas de acceso a la información en algunos poderes judiciales provinciales. También se observó que en la primera oleada de causas había cierto contacto entre los actores impulsores, con presentaciones escalonadas y escritos muy similares, o incluso idénticos. De reactivarse el uso del Poder Judicial, podría haber una segunda oleada de presentaciones conectadas entre sí.

Lo cierto, por ahora, es que la asunción de un presidente que está abiertamente en contra del derecho al aborto no parece haber impactado en una nueva oleada de causas judiciales contra la Ley 27.610 o contra algún otro componente de la política del aborto.

⁷ Blanco, P. *La Corte Suprema desestimó dos planteos colectivos contra la vigencia de la ley del aborto*. *Infobae*. Abril 30, 2024.

En síntesis, los tribunales han sido un espacio para cuestionar (con casi nulo éxito) la Ley 27.610, pero también para protegerla. Esto último, porque se deben contemplar también demandas contra actores con comportamientos que violan la ley de aborto, como el conocido caso del médico ginecólogo Leandro Rodríguez Lastra, condenado por incumplimiento de los deberes de funcionario público por no haber realizado un aborto legal, y reclamos para mejorar el acceso y distribución del misoprostol, medicamento esencial para el aborto.

Queda por ver si la tendencia continúa o si hay cambios en el perfil de las causas y en la respuesta de los tribunales sobre este tema. Probablemente buena parte de los jueces consideran que la legalización del aborto ya ha sido ampliamente discutida y legitimada por el Congreso. Los tribunales tienen un mandato de protección de los derechos de todas las personas en general, y los derechos humanos en particular, así que deberían ser un escenario de resguardo de los avances conseguidos y un límite para su regresión.

2b. El Plan Enia: la política pública que redujo el embarazo adolescente, pero fue desmantelada

- Redujo en un 50% los embarazos adolescentes.
- Redujo en un 57% la tasa de fecundidad de niñas de 10 a 14 años en situaciones ligadas a abusos sexuales en el entorno familiar.
- Contribuyó a prevenir los abusos y la violencia sexual en la infancia y adolescencia.
- El gobierno nacional lo desmanteló.



El Plan Enia logró reducir a la mitad el embarazo adolescente en Argentina y es reconocido a nivel regional. Este reconocimiento se basa en el hecho de ser un plan delineado en base a la evidencia, con un diseño intersectorial en sus dispositivos y gobernanza, con presupuesto propio, con un sistema de monitoreo y rendición de cuentas, con recursos humanos especialmente asignados y con un impacto positivo y medible en el corto plazo. Se trata de una política pública exitosa que el gobierno nacional decidió dismantelar.

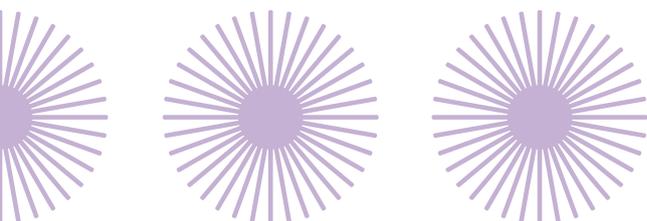
Para comprender el impacto positivo de esta política pública es importante revisar los datos estadísticos según los cuales, en 2017, más de 90.000 adolescentes y 2.500 niñas menores de 15 años tuvieron un hijo/a en la Argentina, y 7 de cada 10 de esos embarazos fueron no intencionales. En respuesta a este problema se creó el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan Enia) mediante la Resolución 1.790 del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Fue la primera política pública en Argentina que se propuso abordar el problema del embarazo no intencional en la adolescencia de manera integral e intersectorial, con un enfoque de derechos, género y equidad social.

El plan buscó mitigar las consecuencias adversas del embarazo en la adolescencia y resguardar los derechos de las niñas y adolescentes. La evidencia muestra que la maternidad temprana tiene impactos negativos sobre la trayectoria de vida de

las adolescentes, asociados a la deserción escolar, la baja inserción en el mercado laboral y dificultad en el acceso a trabajos de calidad. La maternidad temprana es uno de los principales vectores de la reproducción de los ciclos intergeneracionales de pobreza y mala salud, y también afecta la productividad agregada de los países.⁸

El plan tuvo cuatro objetivos estratégicos: sensibilizar a la población sobre la prevención del embarazo en la adolescencia, mejorar la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva, fortalecer la capacidad de las adolescentes para tomar decisiones informadas sobre sus derechos sexuales y reproductivos, y promover políticas para prevenir el abuso y la violencia sexual y para el acceso a la interrupción del embarazo según el marco normativo vigente.⁹

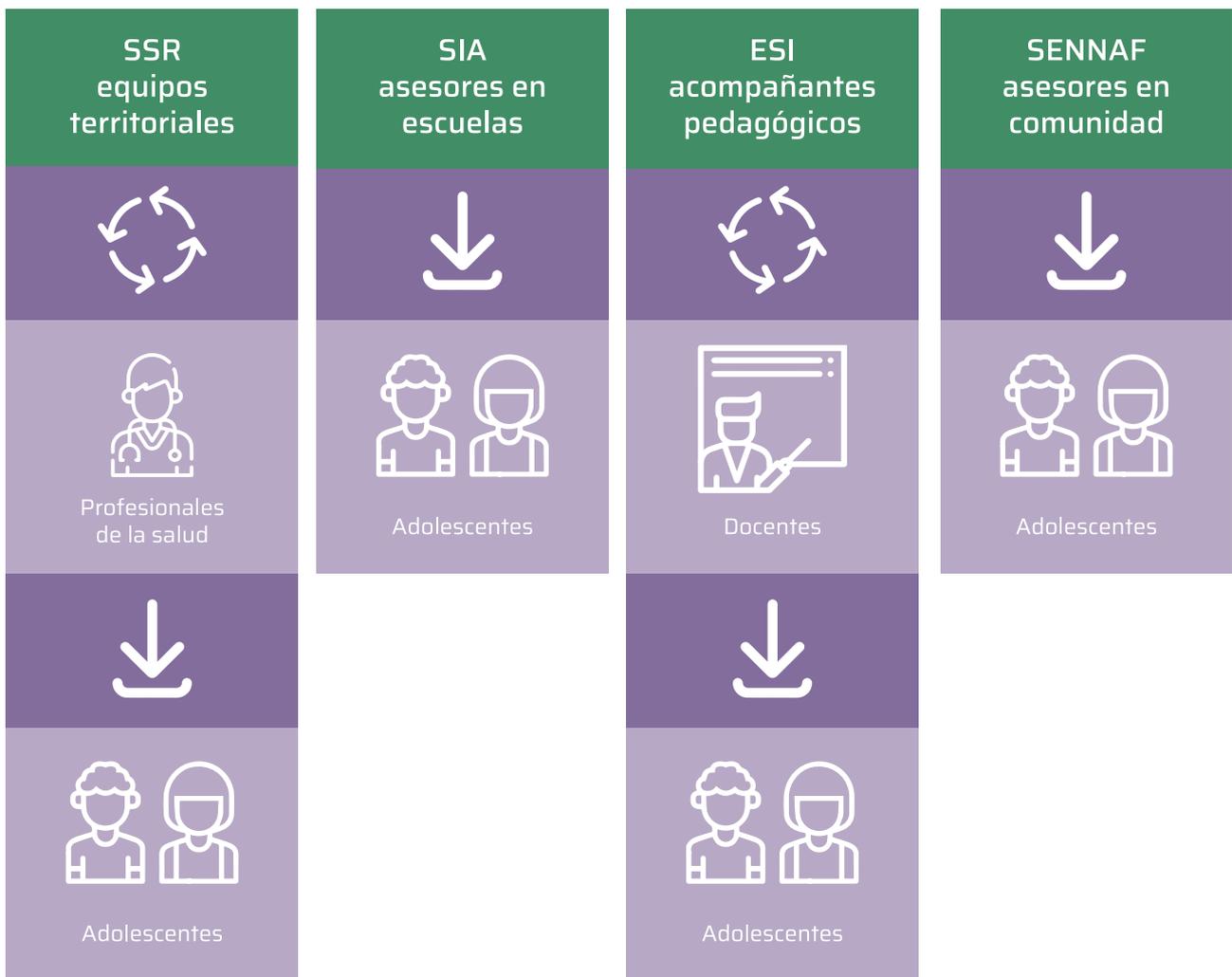
El Plan Enia se estructuró en torno a la colaboración entre los ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social, utilizando dispositivos territoriales como las asesorías en Salud Integral en Escuelas (ASIE), la Educación Sexual Integral (ESI) con contenidos de anticoncepción en las escuelas, los dispositivos de Base Comunitaria (DBC) con acciones de sensibilización para la prevención e intervenciones en servicios de salud y escuelas para la detección temprana del abuso sexual y los embarazos forzados, y el fortalecimiento de la oferta en salud sexual y reproductiva (SSR) en servicios de salud.



8 UNFPA. *Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en Argentina. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América latina y el Caribe - MILENA 1.0*, 2019.

9 Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. *Plan Enia: recorridos, logros y desafíos. 1a ed adaptada*, Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia, 2019.

Dispositivos del Plan Enia



Prestaciones directas



Intervenciones fortalecimiento

Fuente: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. *Implementación del Plan Nacional Enia: modalidad de intervención y dispositivos.* Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia; 2019.

Estos dispositivos estaban a cargo de agentes territoriales especialmente capacitados que se articulaban con equipos interdisciplinarios de gestión local que, a su vez, estaban coordinados desde el nivel central. Esa coordinación permitía ejercer rectoría técnica y política, fidelizar las intervenciones seleccionadas, comprometer metas, y monitorear y evaluar los resultados. Desde el nivel central se asignaban recursos humanos para el funcionamiento del plan.

Desde sus inicios, el plan incluyó un sistema de información y monitoreo que permitió el seguimiento de su implementación, con indicadores de proceso y resultados para cada uno de los cuatro dispositivos sectoriales, cuyos valores eran reportados públicamente en informes trimestrales. Con asistencia técnica del Fondo de Población de Naciones Unidas, se desarrolló una metodología para estimar metas de impacto con dos indicadores: a) cantidad de adolescentes efectivamente protegidas y b) cantidad de embarazos en la adolescencia prevenidos. Esas estimaciones eran trianuales y comprometían metas para cada uno de los dos indicadores. Anualmente se informaba públicamente sobre el nivel de cumplimiento de esa meta. En los dos períodos evaluados, las metas fueron ampliamente cumplidas.

A cuatro años desde su puesta en marcha, el impacto del plan se observa en el descenso de la fe-

cundidad adolescente (cantidad de hijos nacidos vivos por año sobre el total de adolescentes). En el período entre 2018 y 2022, la tasa específica de fecundidad de adolescentes (TEFA) de 15 a 19 años se redujo de 49 nacidos vivos por mil adolescentes a 27 nacidos vivos por mil adolescentes, un descenso de casi el 50%. En ese mismo período, también se redujo 57% la fecundidad de las niñas menores de 15 años, grupo en el cual la mayoría de las gestaciones son consecuencia de situaciones de abuso o coerción sexual o violación, lo que hace su prevención más compleja aún.

Es muy difícil comprender las razones de la decisión del gobierno nacional de dismantelar el Plan Enia, una política que interviene sobre un determinante crítico de la pobreza, que se ha diseñado sobre la base de la mejor evidencia disponible, que ha mostrado una muy buena relación costo beneficio (la prevención de un embarazo le cuesta al gobierno nacional solo 60 dólares anuales), una política con una cultura de la rendición de cuentas y con un alto impacto sobre la reducción de la fecundidad adolescente.¹⁰

Argentina ha desarrollado buenas experiencias en materia de políticas públicas y el Plan Enia es una de ellas. Las adolescentes de Argentina no deben ser abandonadas. El Estado debe honrar su compromiso de garantizar sus derechos humanos y promover condiciones que permitan su pleno desarrollo.

10 ACIJ, ELA, REDAAS, CEDES. *Plan Enia en riesgo. Razones para sostener una política pública clave para revertir la reproducción intergeneracional de la pobreza*, 28 de mayo de 2024.

3. Tres años de aborto legal

Esta sección se enfoca en los avances que ha experimentado la agenda de aborto en los tres años transcurridos desde la implementación de la Ley 27.610. Se basa en datos obtenidos a través de pedidos de acceso a la información pública cursados a las jurisdicciones provinciales y a la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación. Recibimos información de 17 jurisdicciones y del nivel nacional, con una importante cobertura de los indicadores solicitados, aunque no siempre comparables por el grado de desagregación y los criterios adoptados.

El análisis de la información permite dar cuenta de los avances logrados y describir el escenario que recibe la nueva gestión de gobierno. Para reflejar ese escenario seleccionamos indicadores de nivel nacional e indicadores de proceso a nivel provincial que permiten ver tanto los logros como las tareas pendientes.

3a. Mirada nacional

- ➔ Descenso de la fecundidad de niñas y adolescentes.
- ➔ Disminución de las muertes maternas por aborto.
- ➔ Se duplicaron los servicios de salud que garantizan abortos en el país, pero es muy variable la cantidad por provincias: Chaco, Santiago del Estero y Tucumán presentan las cifras más bajas de efectores públicos que proveen IVE ILE.
- ➔ En 2023 el gobierno nacional distribuyó 166.164 tratamientos para el aborto con medicamentos, cuando en 2020 fueron sólo 18.590.

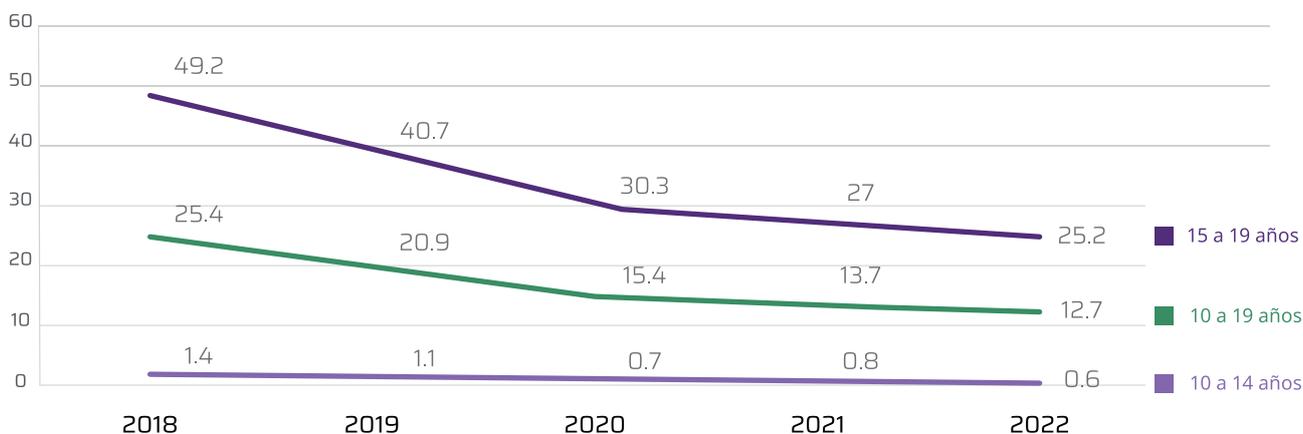
¿Qué resultados se observan desde la sanción de la ley?

Las tasas de fecundidad específicas de niñas y adolescentes mantuvieron la tendencia al descenso

La fecundidad es un fenómeno complejo, resultado de efectos seculares; de las preferencias y decisiones de las personas respecto de su vida reproductiva

y no reproductiva; de normas sociales; de la coerción y violencia sexual; del acceso y la asequibilidad a métodos anticonceptivos seguros, eficaces y de preferencia; y de la posibilidad de interrumpir un embarazo, entre otros factores. El descenso observado en las tasas de fecundidad de niñas y adolescentes no es producto únicamente de la implementación de servicios de IVE ILE, sino también del entorno propicio que generan políticas como el Plan Enia y la educación sexual integral (ESI), que promueven y resguardan los derechos, preservan la salud y habilitan las decisiones sobre salud reproductiva.

Tasas específicas de fecundidad adolescente (10-19 años), adolescente temprana (10-14 años) y adolescente tardía (15-19 años) Argentina, 2019-2022



La reducción de 50% de la tasa de fecundidad adolescente observada entre 2018 y 2022 marca un quiebre en la tendencia amesetada sin descensos significativos previos. Más aun, se logró una reducción de la tasa de fecundidad en niñas de 10 a 14 años del 57%, donde intervienen situaciones ligadas al abuso sexual del entorno familiar cercano. Un descenso de esta magnitud es inédito en América Latina. Por ejemplo, México no sólo tiene una tasa que duplica la de Argentina, sino que mostró un ligero aumento entre 2015 y 2022: la tasa de fecundidad en niñas de 10 a 14 años pasó de 1.63 a 1.69.¹¹ Colombia, en cambio, observó un descenso de 3.1 a 2.2 nacimientos por cada 1000 niñas de 10 a 14 años, a pesar de lo cual llega a cifras que superan ampliamente la fecundidad en niñas en Argentina.¹²

Fuente: Elaboración propia en base a: *Indicadores seleccionados de salud*. Boletín Número 165, 2019. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación (2021). Pedidos de acceso a información pública. DNSSR. SAS. Ministerio de Salud de la Nación (2022 y 2023). Pedido de acceso a información pública. DNSSR. Ministerio de Salud de la Nación (2024).

11 Consejo Nacional de Población, *Comunicado*, 26 de septiembre de 2023.

12 Gobierno de Colombia, *Nacimientos en niñas y adolescentes en Colombia*. Nota estadística del DANE, enero 2022.



El número de muertes maternas por acceso a abortos seguros y legales disminuyó, especialmente las relacionadas al aborto médico, otros abortos y abortos no especificados

Las muertes maternas por aborto incluyen las muertes producidas por complicaciones de embarazos fuera del útero (embarazos ectópicos), por anomalías de la placenta, por complicaciones generadas por fetos muertos y retenidos, o por abortos espontáneos. En esta categoría, la 10ma Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) también incluye las muertes por abortos médicos, otros abortos y abortos no especificados. Esta subcategoría, que empieza a reportarse de forma desagregada en las estadísticas vitales a partir de 2017, tiene relación con las interrupciones de embarazos dentro del marco normativo, así como con las complicaciones de abortos inseguros sin especificar. El número de muertes por estas causas disminuyó especialmente a partir de la sanción de la ley permitiendo hipotetizar que un entorno normativo más habilitante permite la búsqueda de atención más temprana y prácticas más seguras en las instituciones, disposiciones actitudinales que se favorecen cuando se descriminaliza social y legalmente la interrupción de un embarazo, tal como lo indica la OMS en su primera recomendación de las directrices.¹³ El descenso de las muertes maternas por aborto como posible resultado del cambio normativo fue uno de los argumentos centrales en 2018 y 2020 (años en que se debatió en el Congreso la legislación sobre IVE ILE), sostenido en los datos de OMS publicados hace más de una década y en la experiencia post despenalización de Uruguay y que puede observarse en los datos de los que hoy disponemos.¹⁴

13 Organización Mundial de la Salud. *Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care guideline]*, Ginebra, 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

14 Organización Mundial de la Salud. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* – 2ª ed. Ginebra, 2012.

Aunque el Código Penal vigente desde 1921 incluía el riesgo para la salud y la vida como causales de no punibilidad y por tanto habilitaba el acceso a un aborto legal, no fue sino hasta casi noventa años después, con la publicación de protocolos ministeriales y con el fallo F.A.L., que se miró con atención la relación entre muertes maternas de causa indirecta y acceso a la interrupción del embarazo. De la aplicación de las causales es esperable que haya una disminución de las muertes de mujeres gestantes con un problema de salud previo al embarazo o agravado por el proceso reproductivo y en quienes el embarazo cambia el curso de su enfermedad. Es decir, una disminución de las muertes maternas por causas indirectas. ¿Por qué es esperable? Porque hablar de los riesgos, ponderar la posibilidad de interrumpir un embarazo en estas circunstancias o decidir interrumpirlo ante un cambio inesperado en las condiciones de salud encontraría un entorno legal más propicio para evaluar opciones, habilitar decisiones más seguras y permitir un intercambio de información entre la persona y el equipo de salud, en una situación menos restrictiva que lo que ocurría antes de la sanción de la ley.

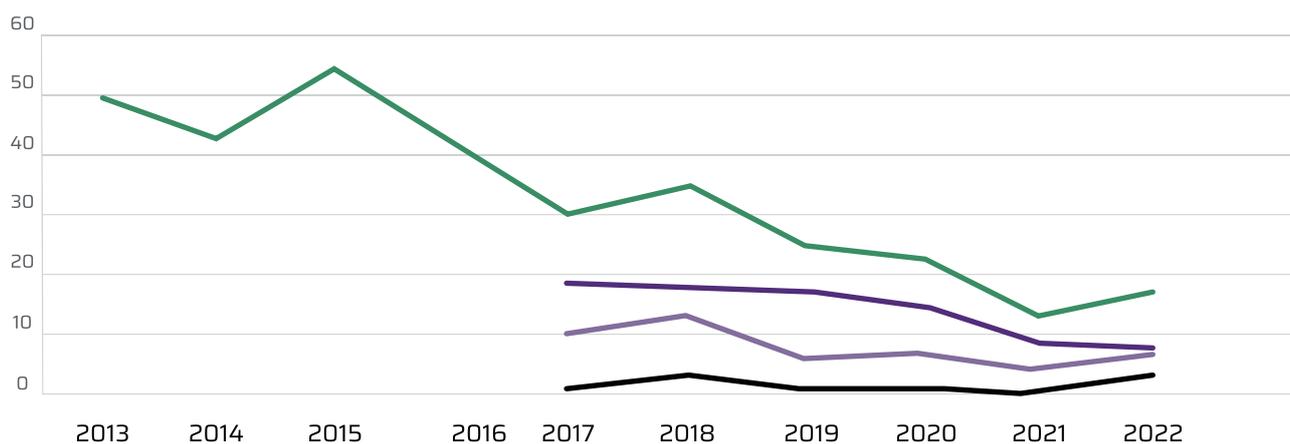
Los datos muestran que las muertes maternas de causa indirecta (aquellas resultantes de enfermedades existentes desde antes del embarazo o que evolucionaron durante el mismo, y que no se explican por causas obstétricas directas, pero sí fueron agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo) han tenido un comportamiento decreciente en la última década vía el acceso a los abortos permitidos por la ley. Aun así, es prioritario examinar los determinantes de estas muertes incluyendo datos sobre las oportunidades perdidas en relación, por ejemplo, con la consejería temprana y la posibilidad de interrupción del embarazo independientemente del tiempo gestacional, con el fin ofrecer información precisa y de calidad para que las personas gestantes puedan tomar decisiones amparadas en el derecho frente a riesgos para su salud o su vida.

Número de muertes maternas por aborto y subcategorías Argentina, 2017-2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Embarazo ectópico, mola, feto muerto y retenido	10	13	6	7	4	7
Aborto espontáneo	1	3	1	1	0	3
Aborto médico, otro aborto y aborto no especificado	19	19	18	15	9	8
Embarazo terminado en aborto (total)	30	35	25	23	13	18

Fuente: Elaboración propia en base a publicaciones de estadísticas vitales de la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS).

Número de muertes maternas por embarazo terminado en aborto y subcategorías Argentina, 2013-2022



- Embarazo terminado en aborto (total)
- Ab. médico, otro aborto y aborto no especificado
- Emb. ectópico, mola, feto muerto y retenido
- Aborto espontáneo

Nota: Las mujeres embarazadas o puérperas que fallecieron por COVID fueron excluidas de este análisis para mejorar la comparabilidad a lo largo del período. Para un análisis de estas muertes ver el [Reporte anual 2022: Los rumbos de la experiencia argentina con el aborto legal](#).

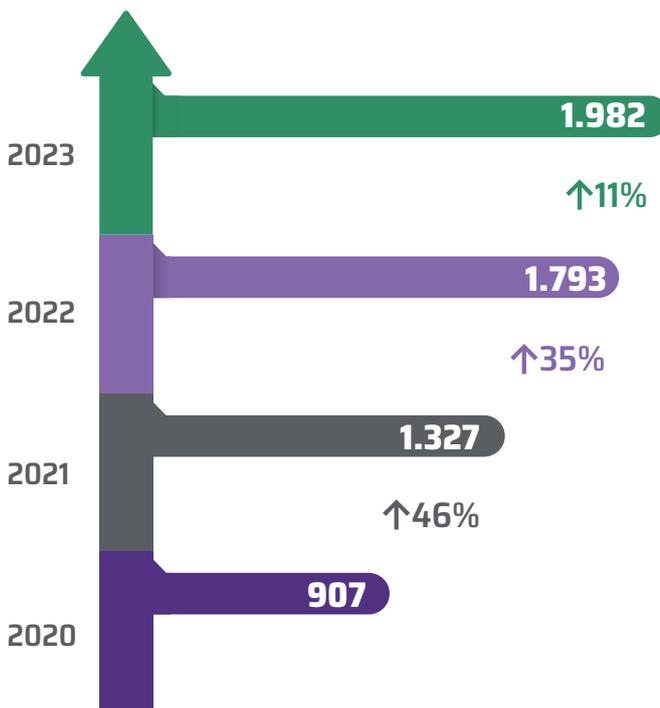
Fuente: Elaboración propia en base a publicaciones de estadísticas vitales de la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS).

Los servicios de salud pública que realizan abortos se duplicaron en tres años

Si se toma como punto de partida el número de instituciones que daban acceso a los abortos previstos en el marco normativo previo a la legalización (año 2020), para finales de 2023 el número de efectores había crecido 2,2 veces. Este crecimiento fue consecuencia de la decisión política traducida en compromisos de gestión, desarrollo de capacidades profesionales y sostenimiento en la provisión de insumos, así como de un entorno habilitante que hizo posible la duplicación de espacios de recepción y asistencia a las personas que solicitan un aborto.

Sin embargo, no se observa un crecimiento similar en todas las provincias del país, ya que éste no sigue un patrón homogéneo ni necesariamente acorde a la distribución de la población o a la demanda de servicios públicos. La tasa promedio para el país es de 17 efectores públicos que proveen IVE ILE por cada 100.000 mujeres en edad fértil con un rango que varía entre provincias desde 2 a 4 cada 100.000 mujeres en Chaco, Santiago del Estero y Tucumán, a 53 a 57 cada 100.000 mujeres en La Pampa y Mendoza. Es de destacar que este es un indicador sintético que permite comparaciones entre jurisdicciones, pero no refleja la capacidad de resolución de los servicios, la cobertura territorial, la complejidad de los efectores o su capacidad de respuesta a la demanda.

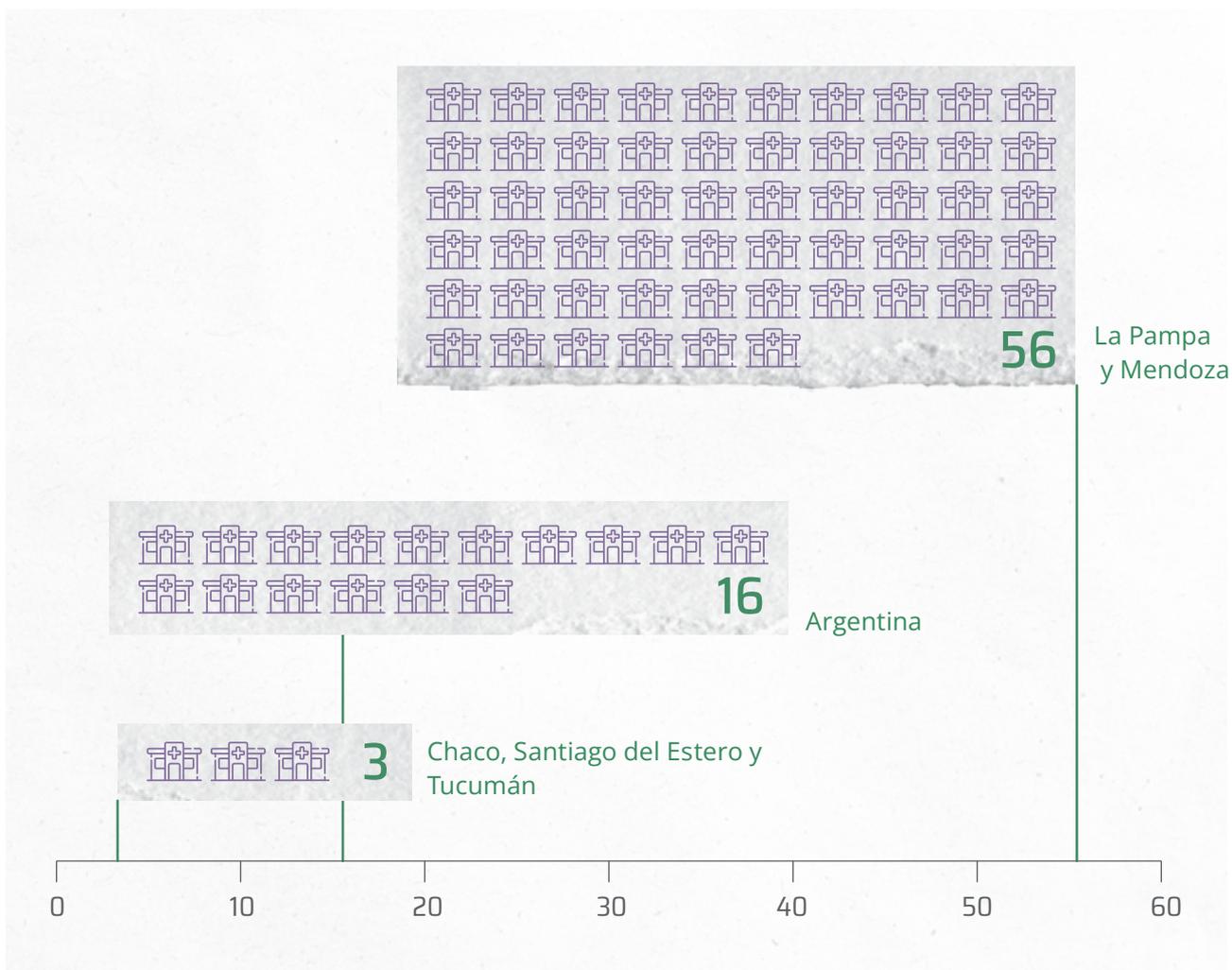
Efectores públicos que dan acceso a servicios de IVE ILE Argentina, 2020-2023



El número de efectores del subsector público que dan acceso a IVE ILE se duplicó en los tres primeros años de implementación de la ley

Fuente: Elaboración propia sobre la base de ImplementAR IVE- ILE. Ley 27.610. Informe anual 2021. DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación (2022); acceso a pedidos de información pública. DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación (2022 y 2024); ImplementAR IVE-ILE. Ley 27.610. Informe anual 2022. DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación (2023).

Tasa de servicios de IVE ILE por 100.000 mujeres en edad fértil Argentina y provincias con valores máximos y mínimos, 2023



Efectores públicos de IVE ILE cada 100.000 mujeres

Fuente: Elaboración propia en base a información provista por la DNSSR.

La distribución de insumos para aborto acordes a los estándares internacionales apoyó y legitimó las prácticas de los equipos de salud

La seguridad y costo-efectividad de los procedimientos de interrupción del embarazo han sido ampliamente documentados y diversos organismos rectores, como la Organización Mundial de la Salud, han actualizado con periodicidad los procedimientos, los regímenes y las dosis que deben regir la práctica de aborto, los cuales fueron incorporados en los lineamientos y protocolos nacionales. La adopción de una política pública como la Ley 27.610 requirió del compromiso del Estado de garantizar insumos seguros y basados en las evidencias que permitieran que las personas que solicitaban abortos y los equipos que las asistían contaran con la mejor tecnología disponible.

El aborto con medicamentos (con misoprostol solo o mifepristona y misoprostol) es la opción más usada en distintos contextos. Durante 2020 (la ley IVE se sancionó el 30 de diciembre de ese año), se distribuyeron 18.590 tratamientos de misoprostol. Esta cantidad se cuadruplicó en 2021, ya que se distribuyeron 74.071 tratamientos para

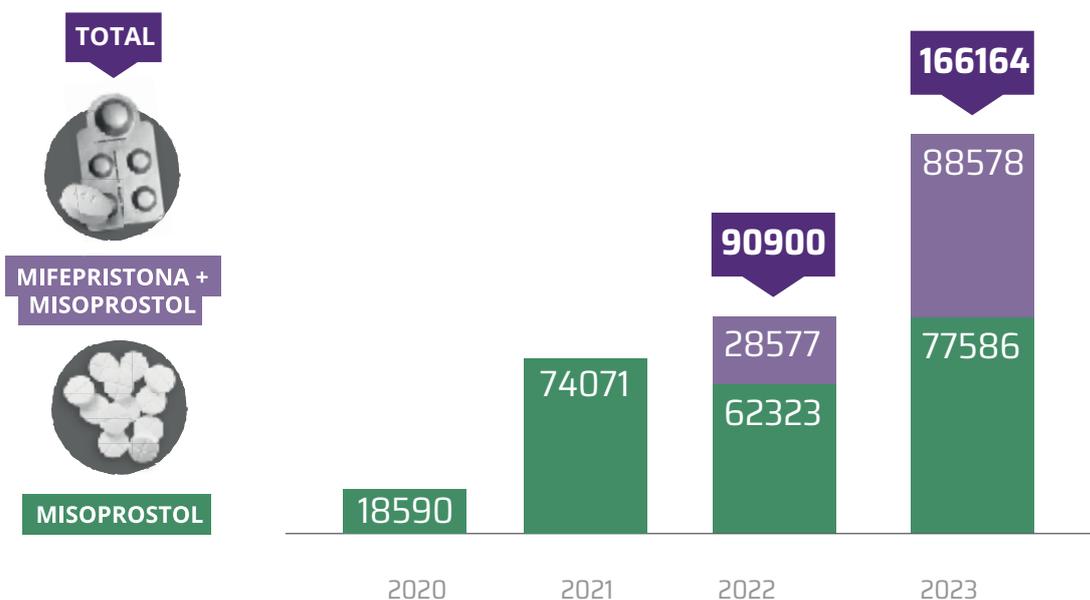
responder a la demanda de interrupciones voluntarias y seguras en el marco de la ley dentro del ámbito de las instituciones de salud pública.

En 2022, gracias a una donación aprobada por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), se distribuyeron un total de 62.323 tratamientos de misoprostol y 28.577 tratamientos combinados de mifepristona y misoprostol. En 2023, se registró la mifepristona producida por un laboratorio comercial local y el acceso al medicamento fue posible también para usuarias de los subsectores de obra social y privado. En 2023, la distribución a centros de salud y hospitales continuó aumentando, alcanzando un total de 166.164 tratamientos.

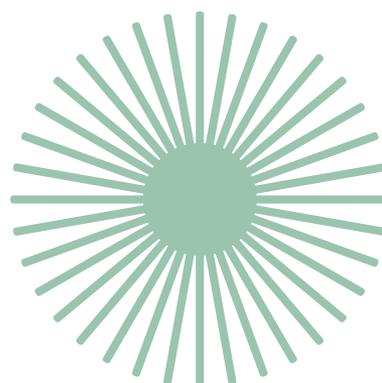
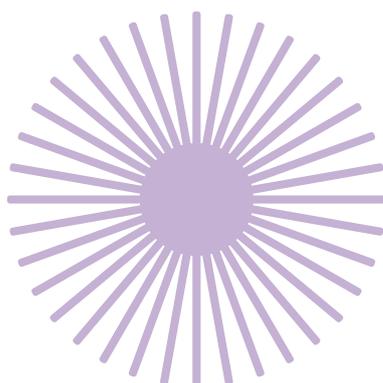
Este escenario se completa con las estrategias que cada jurisdicción desplegó para hacer operativa la letra de la ley.¹⁵ La sección siguiente aborda, a través de la sistematización y análisis de la información compartida, el acceso y la provisión de servicios en distintas provincias.

¹⁵ De las jurisdicciones que respondieron los pedidos de acceso a la información pública, 6 informaron compras de insumos con presupuesto público provincial (Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Jujuy, La Pampa y Santa Fe).

Tratamientos de aborto con medicamentos distribuidos por la DNSSR Argentina, 2020-2023



Fuente: Elaboración propia en base a información provista por la DNSSR.



3b. Mirada federal

- Por primera vez se utilizan datos obtenidos gracias a pedidos de acceso a la información pública que respondieron 16 provincias, la Ciudad de Buenos Aires y Nación.

- En estas jurisdicciones se realizaron 84.762 abortos en el sistema de salud público.

- La tasa nacional de IVE ILE fue de entre 7 y 8 abortos cada 1000 mujeres en 2023. Es variable según cada provincia. Las tasas más altas se dan en San Luis y Jujuy.

- Los efectores que proporcionan acceso a IVE ILE varían desde el 2% del total de efectores públicos en Chaco al 100% en CABA.

- 9 de cada 10 personas que acceden al aborto tienen 20 años o más.

- De 7 a 9 de cada 10 solicitudes se presentan antes de la semana 12.

- Los procedimientos con medicamentos son los más utilizados.

- Entre Ríos, La Pampa, La Rioja, Misiones y Santa Fe tienen líneas telefónicas propias que asesoran sobre acceso al aborto.

Esta sección recoge la información provista a través de pedidos de acceso a la información pública.¹⁶ Estos fueron respondidos por 16 provincias (Catamarca, Chaco, Chubut, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, San Juan, San Luis y Santa Fe), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproduc-

tiva (DNSSR). Por su parte, Jujuy y la Provincia de Buenos Aires compartieron presentaciones realizadas recientemente en el marco de encuentros de referentes de salud sexual y reproductiva de las provincias.¹⁷ En los pedidos se solicitó información correspondiente al año 2023 relativa a las características de la demanda, la oferta de servicios, calidad, transparencia y gobernanza de acuerdo con los indicadores que sistematiza el proyecto mirar.

¹⁶ A lo largo del análisis se tomaron en cuenta los datos reportados por las provincias en las respuestas a los pedidos de información, con excepción de Neuquén, ya que los datos alcanzaban solo hasta septiembre de 2023. En este caso y en aquellos que no fueron recibidos los pedidos de información, se tomaron en consideración los datos publicados en el informe *ImplementAR IVE-ILE. Ley 27.610. Informe anual 2023 (enero - octubre)*, publicado en diciembre de 2023 por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR).

¹⁷ Se recibieron respuestas de Catamarca, Chaco, Chubut, Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, San Juan, San Luis y Santa Fe y presentaciones de Buenos Aires y Jujuy realizadas en la Reunión de Referentes/es de Salud Sexual y Reproductiva de 8 provincias en articulación con REDAAS el 14/06/2024.

¿Cuántas IVE ILE se realizaron y dónde?

Según lo reportado por las 19 jurisdicciones que informaron sobre el número de IVE ILE, se realizaron un total de 84.762 procedimientos en el subsector público en 2023.¹⁸ Como este número de intervenciones depende en parte de la cantidad de mujeres en edad fértil en cada jurisdicción, la tasa de IVE ILE cada 1000 mujeres es la forma de comparar lo que ocurre en las provincias más allá de la cantidad de mujeres que viven en ellas. La tasa de IVE ILE es un indicador que sintetiza un entramado complejo de variables de la oferta y la demanda: resume el acceso de las personas al subsector público, la disponibilidad de servicios de IVE ILE, la posibilidad de las personas de prevenir un embarazo no intencional, la aceptación social de la sexualidad y de prácticas no reproductivas y la asertividad de las mujeres de interrumpir un embarazo.

En este contexto, la tasa nacional es de 7,7 IVE ILE cada 1000 mujeres en el año 2023.

Este rango incluye tanto a provincias como San Juan y Chaco, con entre 3 y 4 IVE ILE cada 1000 mujeres; como a CABA, San Luis y Jujuy, con entre 13 y 14 IVE ILE cada 1000 mujeres.

Sin distinguir el nivel de complejidad de los efectores que dan acceso, las provincias que respondieron los pedidos de informe cuentan, en total, con 2,089 instituciones que dan acceso a servicios de IVE ILE a las personas que lo solicitan.¹⁹

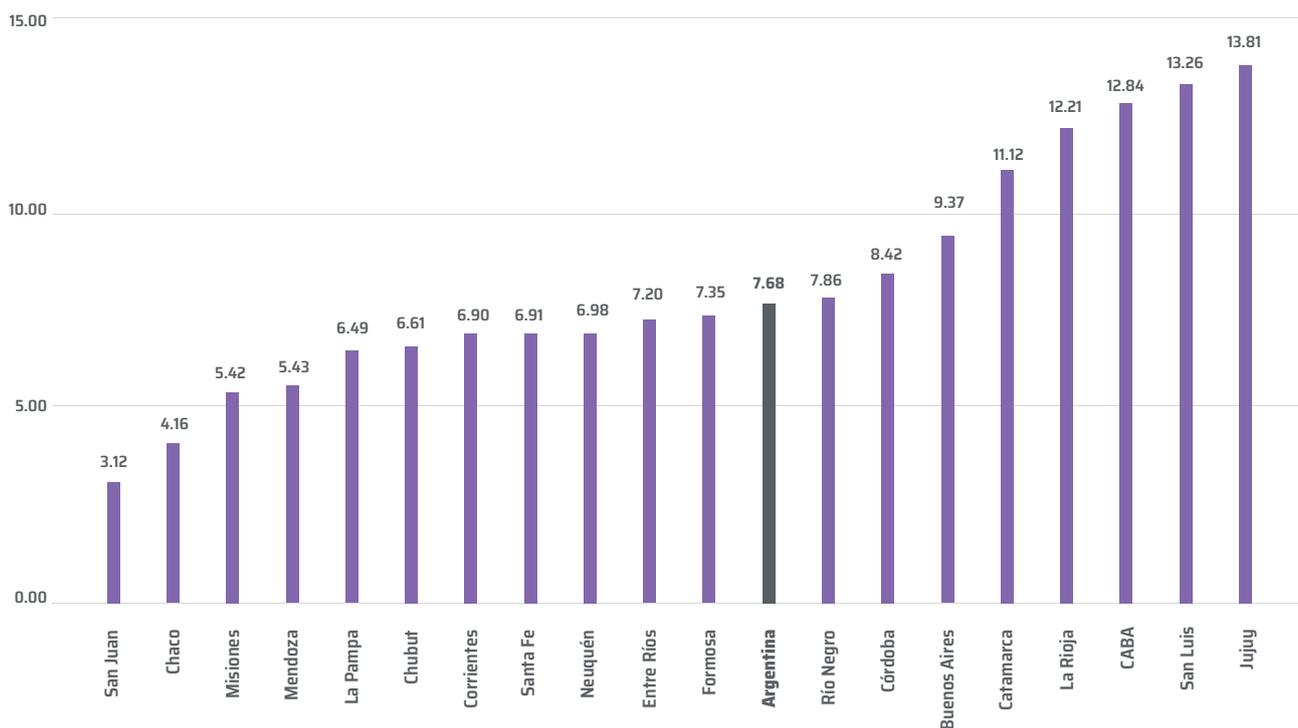
18 Este dato se construye de la sumatoria de IVE ILE reportadas por las provincias. La información provista por la DNSSR informa un total de 86.565 IVE ILE en 2023, indicando que las provincias de Buenos Aires, La Pampa y Santa Fe no habían remitido información actualizada.

19 Este número excede los 1.982 efectores reportados por la DNSSR. Esta discrepancia puede deberse a la falta de datos actualizados de algunas provincias al momento que el organismo nacional envió su respuesta.

A nivel de cada provincia, la red de efectores, su distribución y la organización de los servicios, es heterogénea. Los efectores que proporcionan acceso a IVE ILE varían desde el 2% del total de efectores públicos en Chaco al 100% en CABA. Esto probablemente depende de la voluntad política de la administración y de estrategias que pueden enfocarse en la cobertura territorial a través del primer nivel de atención o en la concentración de la atención en hospitales regionalizados. En Mendoza, el 78% (286) de los efectores —con diferentes capacidades de resolución— participan en al menos una etapa del proceso de provisión, ya sea asesoramiento, prescripción o realización de procedimientos quirúrgicos. Esta proporción disminuye al 22% si se considera solo la prescripción, resolución ambulatoria, provisión de aspiración manual endouterina (AMEU) e internación. En la Ciudad de Buenos Aires, el 100% de los CESAC (49) y el 100% de los hospitales generales, maternidades y hospitales pediátricos (18) dan respuesta a IVE ILE. De los 67 efectores en esta jurisdicción, el 21% realiza AMEU. Casi todos los municipios de la Provincia de Buenos Aires (133 de 135) tienen efectores que dan acceso a IVE ILE, con la excepción de San Miguel y Capitán Sarmiento. El acceso se provee a través de los 59 hospitales provinciales, 4 hospitales nacionales, 109 hospitales municipales (50% del total) y del 21% de los Centros de Atención Primaria de la Salud de la provincia.

Complementariamente, es interesante observar qué proporción de las IVE ILE se resuelven en centros de salud y qué proporción en hospitales. En general, la mayor proporción corresponde a centros de atención primaria, en consonancia con las recomendaciones internacionales basadas no sólo en la seguridad del aborto con medicamentos ambulatorio/ autogestionado antes de las 12 semanas, sino también en la experiencia de otros países: cuando los servicios están más cerca de las

Tasas de IVE ILE cada 1.000 mujeres en edad fértil Argentina y provincias, 2023



Fuente: Elaboración propia en base a pedidos de acceso a la información pública.

personas no sólo se fortalece la accesibilidad geográfica, de tiempos y de costos, sino que también se reducen obstáculos administrativos, facilitando el acceso temprano y oportuno y el costo-efectividad de la atención.^{20 21}

¿Quiénes solicitan IVE ILE?

Seis jurisdicciones (Buenos Aires, Catamarca, Ciudad de Buenos Aires, Corrientes, San Juan y Santa Fe) reportaron las edades de las personas que acceden a IVE ILE. Nueve de cada 10 personas que acceden al servicio tienen 20 años o más. La proporción de adolescentes, incluidas las niñas, no supera el 10%. La proporción mayoritaria en todos los casos se concentra en el grupo etario de 20 a 29 años.

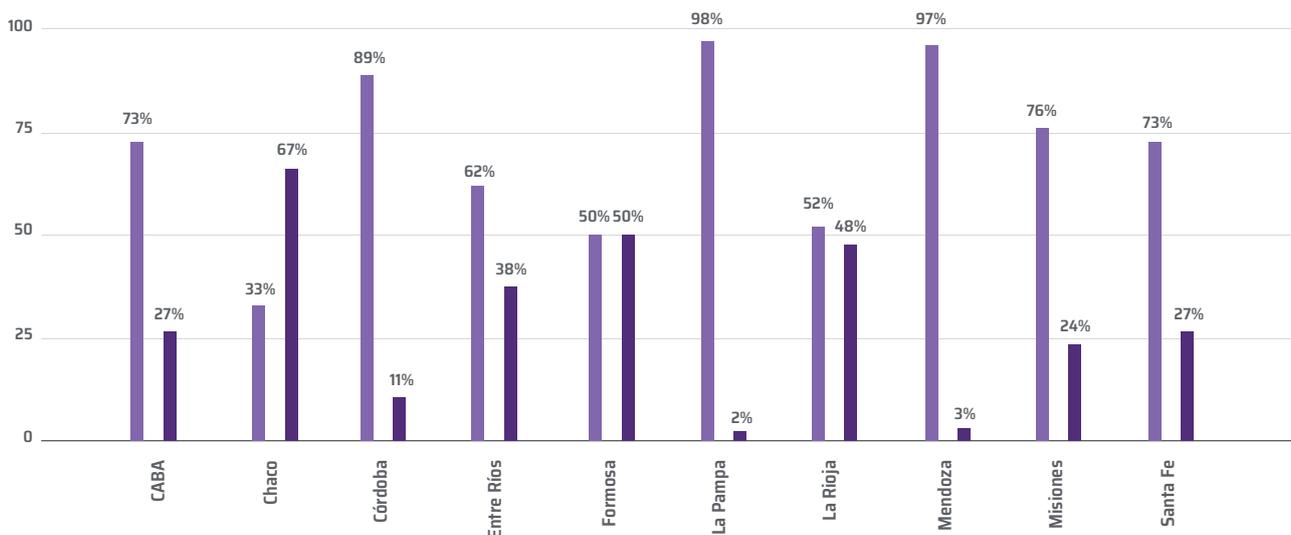
20 Organización Mundial de la Salud. *Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care guideline]*, Ginebra, 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

21 Zhou J, Blaylock R, Harris M. *Systematic review of early abortion services in low- and middle-income country primary care: potential for reverse innovation and application in the UK context*. *Global Health*, 2020 Sep 30;16(1):91.

¿En qué momento solicitan IVE ILE?

La casi totalidad de las provincias compartieron información sobre las semanas de gestación a las que se solicitan, asisten o resuelven las situaciones de aborto en los efectores. De 7 a 9 de cada

Proporción de efectores públicos que dan acceso a IVE ILE por nivel de atención Año 2023



■ 1º nivel
■ 2º y 3º nivel

Nota: Sólo se dispuso de información comparable para 10 de las 17 jurisdicciones que respondieron los pedidos de acceso a la información pública.

Fuente: Elaboración propia en base a pedidos de acceso a la información pública.

10 solicitudes se presentan antes de la semana 12, con un rango entre 74% y 96%. Este indicador está íntimamente relacionado con la provisión de servicios en el primer nivel de atención como se mostró previamente. La llegada a los servicios de salud antes de las 12 semanas permite la resolución ambulatoria, autogestionada —si así lo decide la persona— y da cuenta de la sospecha o confirmación del embarazo en las primeras semanas y el acceso a opciones respecto del curso del embarazo y eventual procedimiento para la interrupción.

¿Se cumplen los plazos que estipula la ley?

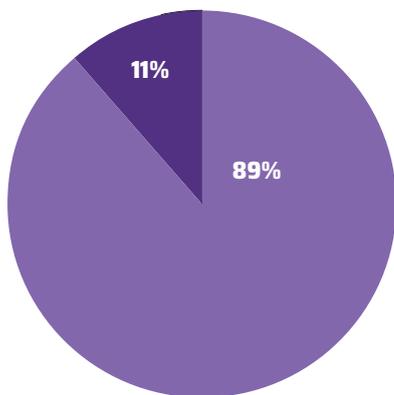
Ocho provincias reportan el período transcurrido entre la solicitud y la realización del aborto. Se trata de Chaco, CABA, Entre Ríos, La Rioja, Mendoza,

Misiones, Río Negro y Santa Fe. La ley regula un plazo máximo de diez días corridos desde que es requerida la práctica por la persona gestante para cumplir con la prestación de salud. Ese plazo se cumplió en la casi totalidad de las situaciones que informaron estas jurisdicciones, lo que indica un apego a la ley que beneficia tanto a las personas que solicitan abortos como a los equipos de salud, y les permite actuar con rapidez.

¿Con qué métodos se hacen las IVE ILE?

Todas las provincias reportan procedimientos con medicamentos, ya sea con misoprostol solo o con la combinación de mifepristona y misoprostol. Ocho provincias (Chaco, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Río Negro) incluyen en sus informes el número

Tiempo gestacional del embarazo al momento de solicitud de IVE ILE
Provincias seleccionadas, 2023

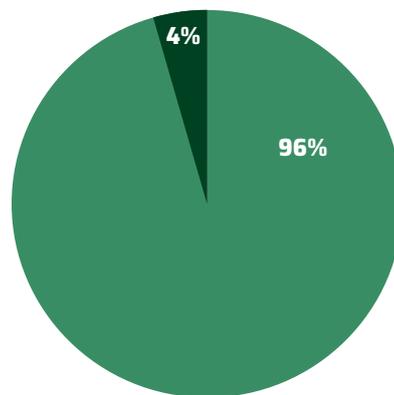


■ ≤ 12 semanas ■ ≥ 13 semanas

Nota: se consideraron únicamente registros dentro del rango menor e igual a 12 semanas de gestación y mayor e igual a 13 semanas de gestación, de 11 jurisdicciones, a saber: Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Río Negro, San Juan y San Luis.

Fuente: Elaboración propia en base a pedidos de acceso a la información pública.

Proporción de IVE ILE resueltas en el período que indica la Ley 27.610
Provincias seleccionadas, 2023



■ ≤ 10 días ■ > 10 días

o proporción de procedimientos realizados con AMEU. Si bien la frecuencia no supera el 5% de los procedimientos antes de las 12 semanas, es un indicador relevante de calidad de la atención, que indica la oferta de opciones dentro de los procedimientos recomendados y basados en las evidencias. Al mismo tiempo, 4 provincias repor-

tan la persistencia de legrados dentro de las 12 semanas. Aun si se utiliza en casos de abortos incompletos, es imperioso que las autoridades sanitarias implementen acciones necesarias para que los equipos de salud reemplacen esta práctica riesgosa por la AMEU o por dosis repetidas de misoprostol, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.²²

²² Organización Mundial de la Salud. Recomendación 23.b. [Directrices sobre la atención para el aborto](#) [Abortion care guideline], Ginebra, 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

¿Hay capacitaciones para los equipos de salud?

Diez provincias (Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Santa Fe) y la DNSSR reportan capacitaciones sobre AMEU y/o IVE ILE durante el año 2023. Estas capacitaciones alcanzaron a 149 profesionales de la salud para la técnica de AMEU y a 1,701 profesionales en IVE ILE. En este último caso, las instancias de formación fueron 13. Asimismo, la DNSSR reportó los resultados de la segunda camada del curso virtual “El aborto en la Argentina: herramientas conceptuales y operativas para la implementación plena de la Ley 27.610”. En el reporte se indica que participaron y completaron el primer tramo 404 profesionales de todas las provincias, y que 246 profesionales completaron además el segundo tramo, que tenía una orientación clínica. Respecto del lugar donde ejercían, el 35% de los profesionales lo hacían en la Provincia de Buenos Aires y 17% en la Ciudad de Buenos Aires. A tres años de implementación de la ley, la capacitación continua, en diferentes formatos, sigue siendo crítica para garantizar calidad en la atención.

¿Hay necesidad de más información o barreras que las personas deben sortear?

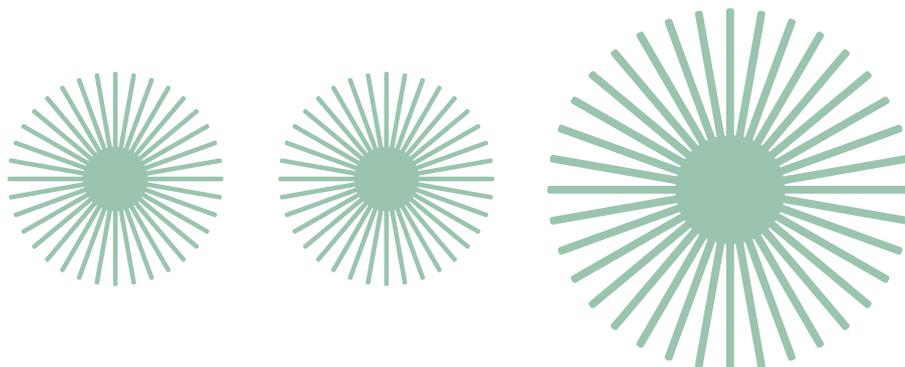
Cinco de las provincias que enviaron informes (Entre Ríos, La Pampa, La Rioja, Misiones y Santa Fe) reportan líneas telefónicas que dan información y asisten a las personas para asesoramiento, de-

rivación, o recepción de situaciones de obstaculización. La provincia de Salta tiene un número de contacto a través del cual orienta y otorga turnos.

Estas líneas complementan y/o sustituyen las acciones del 0800 2223444 (0800 Salud Sexual nacional). Esta línea telefónica de acceso gratuito y confidencial ha cumplido un rol relevante en la implementación de la ley. Es así que 9 de cada 10 de las secuencias que se generan (10.329 en 2023) corresponden a IVE ILE, proporción que se sostiene desde el año 2021. El informe de la DNSSR indica que las secuencias refieren a falta de insumos, acciones que demoran el acceso oportuno o ausencia de recurso humano capacitado. En 2023, 7% de estos llamados identificaron claramente una barrera en el acceso a IVE ILE. De ellos, 31 corresponden a maltrato por parte de los equipos de salud durante el proceso de atención y 13 involucran la atención de personas con discapacidad.

¿Se rinde cuenta de las acciones?

Ocho de las jurisdicciones que respondieron a los pedidos de acceso a la información indicaron que realizaron informes de gestión. Estas son Chaco, CABA, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Mendoza, Misiones y Neuquén. Esto implica un esfuerzo de sistematización, así como de rendición de cuentas de la política pública, que resulta clave no sólo al interior de la gestión sino también para el seguimiento por parte de la sociedad civil.



3c. Monitoreos de organizaciones sociales: qué información tienen usuarias y profesionales sobre el derecho

Conocimiento de la ley y derechos de las usuarias del sistema de salud

Una encuesta realizada por la Fundación MXM, publicada este año, que incluyó a 112 usuarias del sistema público de salud en **Jujuy**, reveló que:²³

- 8 de cada 10 usaron alguna vez un método anticonceptivo, pero sólo 4 de cada 10 lo hizo antes del primer embarazo.
- 5 de cada 10 consideran que el momento para ser madre es cuando se toma la decisión.
- 7 de cada 10 identifican que niñas y adolescentes pueden asistir sin progenitores a una consulta sobre salud sexual y reproductiva.
- 3 de cada 10 afirmaron que no acudirían a un hospital en situación posaborto por temor a ser juzgadas o maltratadas.
- 6 de cada 10 conocen la existencia de la IVE ILE.

En un estudio sobre experiencias de acceso al aborto después de la implementación de la ley de IVE ILE, Ibis Reproductive Health y la Colectiva Feminista La Revuelta encuestaron a 473 personas que abortaron en el sistema de salud en Córdoba, Gran Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Neuquén y San Juan. El resultado:²⁴

- 95% sabía que el aborto es legal en el país, un 88% que es gratuito, un 51% que debe estar cubierto por la obra social y un 43% que debe garantizarse en un plazo máximo de diez días una vez solicitado.

²³ Fundación MxM. *Monitoreo feminista de anticoncepción y aborto en Jujuy*, 2024.

²⁴ Ibis Reproductive Health y Colectiva Feminista La Revuelta. *Abortar en Argentina: Un estudio sobre experiencias de acceso luego de la ley de interrupción voluntaria y legal del embarazo*, 2024.

En otro monitoreo llevado a cabo en un hospital municipal y dos centros de atención primaria en **General Villegas, partido de la Provincia de Buenos Aires** por FUSA A.C. y la Red de Mujeres de esa localidad, también se relevó el conocimiento sobre la legalidad del aborto. Se realizaron 30 encuestas a usuarias de los tres servicios de salud y la conclusión es que:²⁵

- 80% manifestó saber que existe una ley, mientras que 20% respondió no tener conocimiento sobre la normativa IVE ILE.
- 97% respondió que no recibió información sobre IVE ILE en ningún centro de salud.
- Respecto a si saben si se atienden consultas sobre aborto en ese centro de salud, 70% no sabe/no contesta, 16% afirma que sí, 10% sostiene que sí pero que se derivan al hospital, y 4% afirma que no.

El monitoreo social llevado adelante por el Foro Pampeano y FUSA²⁶ en la provincia de La Pampa entre mayo y agosto de 2023, con encuestas a 112 mujeres, identificó que:

- 84% de las usuarias encuestadas afirmaron conocer la existencia de una ley de interrupción legal y voluntaria del embarazo.
- Este grado de conocimiento disminuye significativamente cuando se indaga sobre detalles tales como hasta cuándo pueden solicitar un aborto, es decir hasta qué semana de gestación, o bajo qué condiciones se puede acceder a esta práctica.
- Consultadas sobre si han recibido información en el servicio de salud sobre la IVE, un 39% respondió que no y un 22% respondió que sí. Además, un 5% se informó por cartelería.

25 FUSA A.C. y Red de Mujeres de General Villegas. 1º Informe del Monitoreo social sobre salud sexual y reproductiva "Ampliando el ejercicio de derechos": Sobre Acceso y calidad de atención de la salud sexual y reproductiva e Interrupción legal y voluntaria del embarazo en General Villegas – Prov. De Buenos Aires, 2023.

26 Foro Pampeano por el Derecho al Aborto Seguro y Gratuito y FUSA A.C. 1er Monitoreo Social en servicios de salud públicos de La Pampa: Acceso y calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva, IVE E ILE - Ley 27610, 2023.

La causal violación: relatos de profesionales de la salud sobre requisitos indebidos²⁷

La “causal violación” se refiere al aborto permitido por violencia sexual, previsto en el Código Penal desde 1921, luego confirmado por la Corte Suprema e incluido en la Ley 27.610.

Tanto la Ley 27.610 como el fallo F.A.L. de la Corte y el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo enfatizan que no es necesario una denuncia policial para acceder a la práctica del aborto bajo esta causal, siendo suficiente una declaración jurada por parte de la víctima. Sin embargo, en la práctica, se sigue observando que en algunas circunstancias los equipos de salud exigen una denuncia judicial para realizar el procedimiento, aunque ya no se trata de un comportamiento sistemático. Esto se evidencia en los relatos obtenidos a través de **entrevistas en profundidad realizadas por MXM en Jujuy y Catamarca a profesionales de la salud:**



“Sí, sí se solicita denuncia.” (Integrante del equipo de salud del Hospital Fray Mamerto Esquiú, Catamarca)

“No se exige denuncia, sólo declaración jurada.” (Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial, Catamarca)

“Solo si quiere denunciar, no se obliga.” (Integrante del equipo de salud de la Maternidad Provincial, Catamarca)

“Denuncia en caso de violación solicitamos solo si es una ILE, y se hace el seguimiento desde acá.” (Integrante del equipo de salud de CAPS de Villa San Martín, Jujuy)

“Si el hecho se descubre en la escuela la maestra la acompaña como adulto referente hasta la maternidad, y la denuncia de quien conoce el develamiento se hace, la respuesta es automática y la denuncia va por otro lado.” (Integrante del equipo de salud del Hospital Materno Infantil, Jujuy)



Estos testimonios reflejan las variables en la implementación de la normativa, dependiendo de las circunstancias y del criterio de los profesionales de la salud.

²⁷ Fundación MxM. *Monitoreo feminista de anticoncepción y aborto en Catamarca, 2024.* Fundación MxM. *Monitoreo feminista de anticoncepción y aborto en Jujuy, 2024.*

Experiencias de acceso al aborto con ley de IVE ILE

Ibis Reproductive Health y la Colectiva Feminista La Revuelta realizaron un estudio sobre experiencias de acceso al aborto después de la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo y Atención Posaborto, basándose en 473 encuestas a personas que abortaron en el sistema de salud en Córdoba, Gran Buenos Aires, CABA, Neuquén y San Juan.

El objetivo general del estudio fue describir experiencias respecto al acceso y calidad de servicios de aborto, y comparar esas experiencias entre quienes recibieron acompañamiento de activistas socorristas y quienes no lo recibieron. También buscó identificar barreras de acceso y registrar la experiencia socio-emocional de abortar bajo la Ley 27.610.

El método más utilizado para abortar fue el uso de medicamentos, uno de los métodos recomendados por la OMS. El 87% accedió a interrumpir su embarazo con pastillas (90% en San Juan, 87% en Córdoba, 87% en Buenos Aires y 84% en Neuquén), el 10% usó AMEU y el 3% tuvo un legrado. Las personas que usaron medicamentos accedieron de manera gratuita al procedimiento con más frecuencia (96%) que las que recibieron legrado (83%) o AMEU (72%).

En cuanto a los lugares donde accedieron al aborto, el 73% lo hizo en el sistema público de salud: el 42% en centros de salud y el 31% en hospitales. En Buenos Aires, Córdoba y San Juan, la mayoría acudió a centros de salud, mientras que, en Neuquén, la mayoría concurrió a hospitales públicos.

El estudio también evaluó si se cumplía con el plazo máximo de 10 días para garantizar el acceso al aborto, encontrando que esto se cumplió en el 85% de los casos. En Neuquén y Córdoba, el cumplimiento fue mayor (92% y 88% respectivamente), mientras que en Buenos Aires y San Juan fue del 80%. En general, las personas encuestadas se mostraron conformes con los plazos obtenidos. Sin embargo, una de las barreras de acceso identificadas fue la necesidad de concurrir a varios lugares para lograr que se garantice el derecho al aborto, con un 45% de las personas habiendo tenido que ir o llamar a más de un lugar. Buenos Aires tuvo el porcentaje más alto de personas que visitan o llaman a más de un lugar (50%).

3d. Indicadores de acceso y calidad de aborto según la Encuesta MACA

- La Encuesta MACA (Medimos Acceso y Calidad del Aborto) se utilizó entre julio de 2023 y abril de 2024 en una prueba piloto con personas que accedieron a un aborto en un servicio de salud.

- Se encuestó a 225 personas que accedieron a un aborto en 11 servicios de salud, públicos y privados, en las provincias de Buenos Aires, Jujuy, Neuquén, Santa Fe, Entre Ríos y Salta.

- Solo el 44% de la muestra sabía dónde encontrar servicios de aborto.

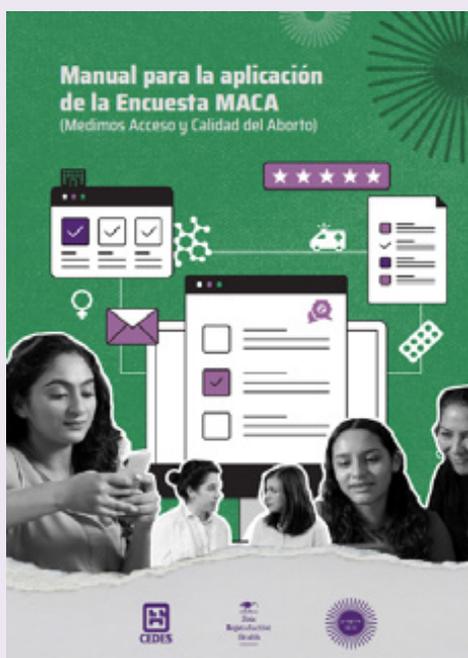
- La ley estipula que los servicios de aborto deben ser gratuitos, sin embargo, un 46% tuvo que pagar, sobre todo, ecografías.

- Las encuestadas reportaron altos niveles de calidad en los servicios de salud donde accedieron el aborto.

Desde el 2022 el proyecto mirar ha encarado el desarrollo de un instrumento para medir el acceso y la calidad de los servicios del aborto. Se trata de la Encuesta MACA (Medimos Acceso y Calidad del Aborto), un instrumento que recoge información sobre dimensiones de acceso tales como la accesibilidad económica, geográfica, organizacional y simbólica de los servicios de salud, el conocimiento sobre la legalidad del aborto, y sobre la calidad de los servicios de aborto en cuanto a la provisión de información, la interacción entre las personas usuarias y quienes les atendieron, las decisiones que pudieron tomar, y la perspectiva de la competencia técnica del equipo que les atendió.



La Encuesta MACA y su Manual para la aplicación



Se trata de una encuesta anónima y autoadministrada, dirigida a personas que han accedido a una IVE ILE en servicios de salud. Fue diseñada por el proyecto mirar en base a estándares internacionales, así como teniendo en cuenta las características del sistema de salud y la población argentinos, como una herramienta de monitoreo de la implementación de la política de aborto en el nivel micro-social de los servicios de salud.

Es una encuesta de acceso abierto, que ponemos a disposición de las organizaciones de la sociedad civil, tomadoras/es de decisiones en el ámbito político y equipos de salud, **junto con su Manual para la aplicación en diferentes ámbitos.**

Entre julio de 2023 y abril de 2024 ese instrumento fue utilizado en una prueba piloto con personas que accedieron a un aborto en un servicio de salud.

En esta sección del reporte se presentan algunos de los resultados obtenidos en relación con el conocimiento de la ley, el acceso a los servicios, y la información que recibieron las personas al acceder al aborto. Se encuestaron a personas que realizaron un aborto, por lo que aún falta información sobre personas que no pudieron realizarlo.

¿Quiénes participaron en la encuesta?

Se encuestó a 225 personas quienes accedieron a un aborto en 11 servicios de salud, públicos y privados, en las provincias de Buenos Aires, Jujuy, Neuquén, Santa Fe, Entre Ríos y Salta. La mayoría (76%) tenía entre 20 y 35 años de edad. Un 32% tenía obra social, mientras que 58% dijeron tener solo cobertura pública. Un 42% tenía hasta 7 semanas de gestación, 53% tenía entre 8 y 14 semanas, y 5% tenía 15 semanas o más. En esta muestra de servicios que ofrecían distintos métodos de aborto, 43% de las personas encuestadas realizaron el aborto con AMEU solamente, 48% reportaron utilizar solo medicamentos, y 7% reportaron utilizar medicamentos y AMEU.

¿Qué conocían sobre la legalidad del aborto?

Para llegar a un servicio de salud es necesario saber a dónde ir. Si bien en esta muestra, el conocimiento de la ley fue alto, no todas las encuestadas conocían detalles de la legislación, y muchas desconocían dónde podían acceder a un aborto. Mientras que la gran mayoría sabía que el aborto era legal (83%) o legal en algunos casos (14%), solo el 44% de la muestra sabía dónde encontrar servicios de aborto cuando decidió realizarlo. Estos resultados muestran el alcance de la información sobre la ley, pero una falta de conocimiento sobre dónde se puede acceder a un aborto, un paso fundamental para acceder al mismo.

Conocimiento sobre la legalidad del aborto y dónde solicitarlo

Servicios seleccionados, 2023-2024

Cuando pensó en realizar el aborto, ¿qué sabía sobre la legalidad del aborto?	
Sabía que era legal	83%
Sabía que era legal solo en algunos casos	14%
No sabía que era legal	3%
Cuando decidió buscar un servicio de salud para realizar el aborto, ¿conocía alguno o algunos a dónde acudir?	
Sí	44%
Tenía dudas sobre adonde podía solicitar	29%
No	27%

Fuente: Encuesta MACA Proyecto Piloto

¿Cuáles fueron las experiencias de las encuestadas al intentar acceder a una IVE ILE en un servicio de salud?

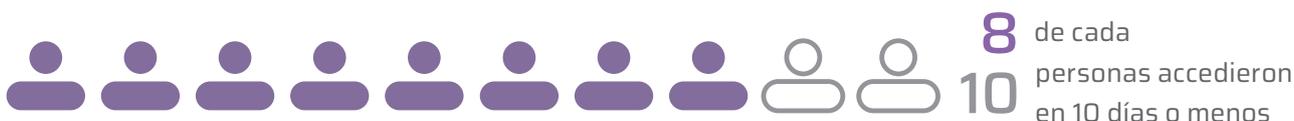
La Ley de Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo y Atención Posaborto establece que las personas deben poder acceder un aborto dentro de los 10 días desde el momento de su solicitud. En esta encuesta se preguntó: ¿Cuántos días pasaron entre que solicitó el aborto por primera vez en

un servicio de salud y realizó el aborto o le dieron la medicación para el aborto? El resultado fue que 8 de cada 10 reportó haberlo realizado dentro de los 10 días, y un 71% lo concretó dentro de la misma semana. Sin embargo, 20% de las encuestadas reportaron tener que esperar más de diez días. De todas las encuestadas, un 25% dijo que la cantidad de días en que pudieron acceder a un aborto fue más de lo que esperaban.

Proporción de IVE ILE resueltas en el período que indica la Ley 27.610

Servicios seleccionados, 2023-2024

Accedieron



Fuente: Encuesta MACA Proyecto Piloto

Aceptabilidad del tiempo transcurrido desde que solicitó el aborto por primera vez hasta realizar el aborto u obtener la medicación para el aborto

Servicios seleccionados, 2023-2024

Y esa cantidad de días transcurridos fue:

Lo que esperaba	41%
Menos de lo que hubiera esperado	29%
Mas de lo que hubiera esperado	25%
No estoy segura/e	5%

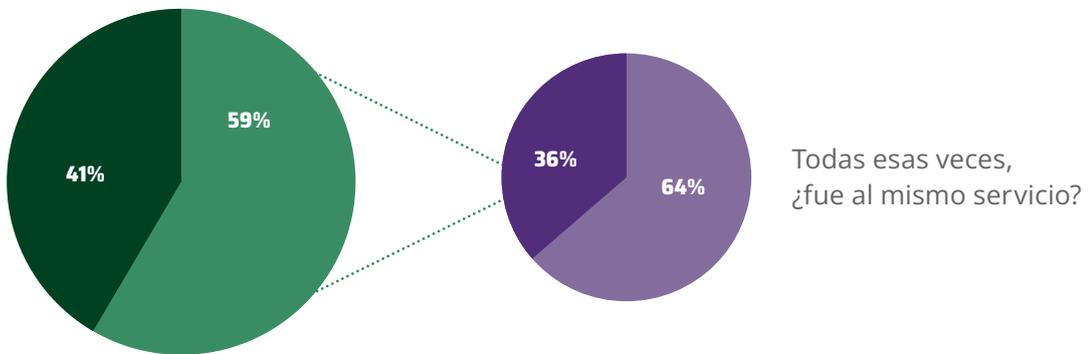
Fuente: Encuesta MACA Proyecto Piloto

En total, un 59% de las encuestadas tuvo que ir a un servicio de salud dos veces o más. Un 26% dijo que la cantidad de veces que tuvo que ir a un servicio de salud fue más de lo que hubiera esperado. Entre las que tuvieron que ir a un servicio de salud dos veces o más, 36% tuvo que ir a más de un servicio de salud hasta que pudo resolver el aborto.

Cantidad de visitas a servicios de salud hasta realizar el aborto u obtener la medicación para el aborto

Servicios seleccionados, 2023-2024

Desde que solicitó el aborto por primera vez, ¿cuántas veces tuvo que ir a un servicio de salud hasta realizar el aborto u obtener la medicación para el aborto?



■ Una vez ■ Dos o más veces

■ No ■ Sí

Fuente: Encuesta MACA Proyecto Piloto

En los casos donde las personas no pudieron realizar el aborto dentro de los 10 días, la mayoría de las encuestadas tuvieron que ir más de una vez a un servicio de salud (59%) y el 35% de la muestra (64% de las personas que fueron dos veces o más) tuvo que ir a más de un servicio de salud. Para estas personas (65%), el tiempo transcurrido fue más de lo que esperaban.

Mientras que la gran mayoría de las encuestadas pudo realizar el aborto dentro de diez días, y muchas no tuvieron que ir varias veces a un servicio de salud, otras encontraron más obstáculos que retrasaron el acceso más allá de este plazo. Se necesitan esfuerzos para asegurar que todas las personas puedan acceder al aborto en el plazo que estipula la ley. Estos esfuerzos incluyen analizar las razones de los atrasos, teniendo en cuenta la accesibilidad geográfica, los servicios de salud que proveen abortos en el área donde vive la persona, u otras.

¿Tuvieron que pagar algo relacionado con el aborto?

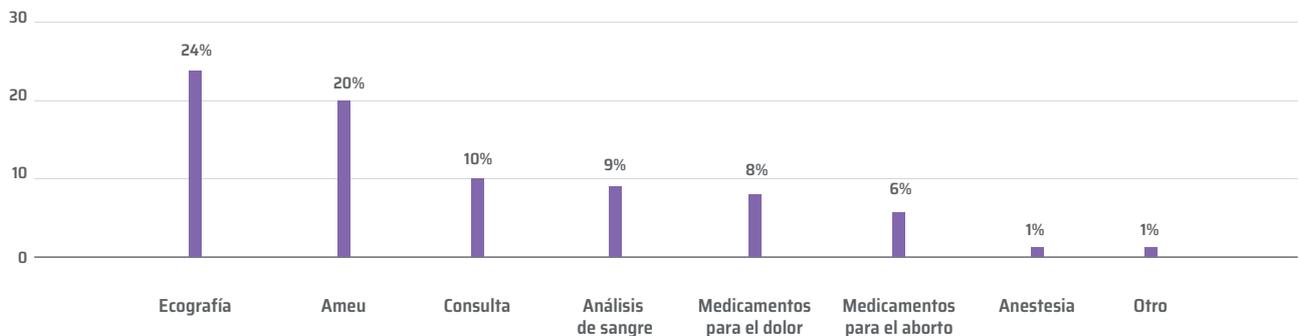
La ley estipula que los servicios de aborto deben ser gratuitos; sin embargo, en nuestra muestra,

un 46% tuvo que pagar algo en relación con los servicios del aborto, siendo la ecografía el gasto de bolsillo más común. Esto es contrario a la ley, y significa un peso mayor para las personas con menos recursos. Los costos asociados con un servicio de aborto podrían ser una barrera para acceder a un aborto para algunas personas, y demuestran el desafío de garantizar la accesibilidad económica de la IVE ILE para todas las personas.

¿Cuáles fueron las experiencias al llegar al servicio de salud?

Las encuestadas reportaron altos niveles de calidad en los servicios de salud donde accedieron al aborto. La gran mayoría reportó que las personas que las atendieron les proveyeron la información que necesitaban sobre el proceso del aborto (94%), pudo tener el método de aborto que quería (95%) y se sintió acompañada en todo momento durante el proceso (92%). Estos resultados reflejan los esfuerzos de los equipos médicos en los servicios donde encuestamos usuarias para garantizar una experiencia de alta calidad.

Gastos de bolsillo para realizar el aborto u obtener la medicación para el aborto
Servicios seleccionados, 2023-2024



Fuente: Encuesta MACA Proyecto Piloto

4. Mensajes finales

A fines del año 2020, y luego de debates ejemplares, el Congreso de la Nación y la sociedad argentina reconocieron el derecho a la interrupción del embarazo y la responsabilidad de los tres subsistemas de salud de ofrecer prestaciones gratuitas y de calidad para que este derecho sea parte de la vida cotidiana de las personas.

Este es el primer reporte del proyecto mirar en el contexto de una nueva gestión de gobierno. En él se recuperan los logros alcanzados en los primeros tres años de implementación de la ley 27.610 que consolidan un panorama que, sin dudas, no es el techo de la política de acceso al aborto en Argentina, pero sí es el punto de partida de la nueva gestión de gobierno.

El presidente Milei ha expresado su oposición a la legalidad del aborto y a la legitimidad del feminismo en numerosas ocasiones, tanto en su rol actual como presidente, como durante el proceso electoral y en su trayectoria pública previa. Esto contribuye a generar un ambiente político menos favorable a las políticas de aborto.

A nivel nacional, se ha perdido la rectoría en la política de aborto, lo que exige y brinda la oportunidad de una mayor incidencia y un trabajo más profundo en las provincias y con sus autoridades locales.

En el ámbito judicial persiste la tendencia a preservar la constitucionalidad de la ley 27.610. De las 38 causas judiciales contra la constitucionalidad de la ley, tres se encuentran actualmente en la Corte Suprema de la Nación, en recurso extraordinario federal. Dada la tendencia de los tribunales inferiores, es probable que la Corte también rechace estas causas por razones procesales, aunque el desenlace sigue siendo incierto.

El descenso sostenido de la fecundidad en niñas y adolescentes es un fenómeno único en la región y que responde al llamamiento de proteger a niñas y adolescentes de la violencia sexual, de embarazos no intencionales y de maternidades forzadas. Este logro es resultado de políticas innovadoras, interministeriales, que trascendieron

gestiones y que plantearon intervenciones en distintos niveles, pero siempre cerca de los lugares donde niñas y adolescentes pasan tiempo y se desarrollan como son las escuelas y centros comunitarios. Allí llegaron las asesorías, la educación sexual integral, los métodos anticonceptivos de larga duración, la posibilidad de trabajar vínculos más equitativos y el acompañamiento ante situaciones de acoso y violencia.

La disminución de las muertes maternas por aborto y por causas indirectas es resultado de políticas de acceso a anticoncepción y a interrupción de los embarazos de forma segura, y consolida una tendencia progresiva de disminución de las muertes vía el acceso a los abortos permitidos por la ley. La posibilidad del acceso oportuno al aborto, con tecnologías adecuadas, con equipos capacitados, y con menos estigmas y barreras, se traduce en mejoras para el bienestar, la salud y la vida de las mujeres.

Este informe es el primero que incorpora información enviada como respuesta a pedidos de acceso a la información pública por dos terceras partes de las provincias del país, con un grado de desagregación que permite evidenciar parámetros de acceso y calidad muy relevantes para observar el nivel de implementación de la política pública de aborto en el país. Implica por un lado una voluntad de rendición de cuentas, y por otro, la posibilidad de mirar más de cerca el despliegue de procesos de atención en las particularidades de cada territorio. Como proyecto que se propone el monitoreo estratégico de la política, entendemos que esta es la etapa necesaria luego de un primer momento de instalación de la ley.

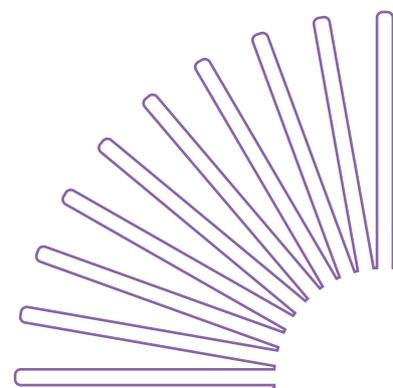
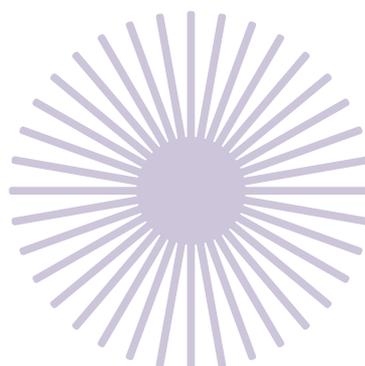
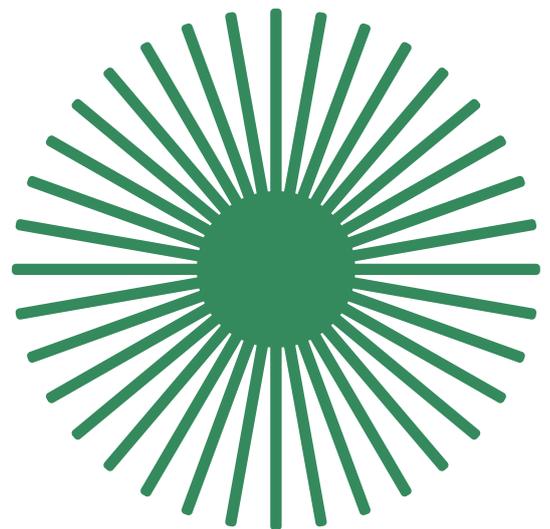
Tres años después de la implementación de la ley, nuestros hallazgos en el estudio MACA, y los aportes de otros monitoreos, reflejan tanto los logros de contar con una ley que reconozca el derecho al aborto, como la persistencia de ciertas disparidades en el acceso. Aunque hay alto conocimiento de la legalidad del aborto, el conocimiento sobre detalles de la ley y adonde acudir —dos aspectos

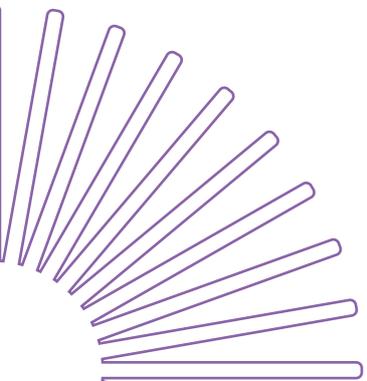


fundamentales para el acceso— es menor. A pesar de que nuestro estudio encontró una alta calidad en los servicios de salud, es imperativo continuar mejorando el acceso para que todas las personas que lo deseen puedan llegar a los servicios de salud en un tiempo adecuado para realizar su aborto.

Los primeros meses de gestión del nuevo gobierno no han mostrado decisiones en línea con el afianzamiento de la política de acceso al aborto seguro y legal, sino que, por el contrario, han mostrado amenazas concretas y riesgos potenciales de continuidad.

El proyecto mirar continuará trabajando para monitorear la situación del país en los planos de la política pública, los medios, los servicios de salud y las regulaciones normativas en el entendimiento que siempre ha tenido respecto del valor estratégico de la información para orientar el debate, las acciones de incidencia y la política pública.





www.proyectomirar.org.ar

www.ibisreproductivehealth.org

www.cedes.org

proyectomirar@gmail.com

 proyecto mirar

 IbisRH

 IbisReproductiveHealth

 ibis-reproductive-health

 cedesarg

 Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)

 cedes_org

 cedes.org

 cedes_org

