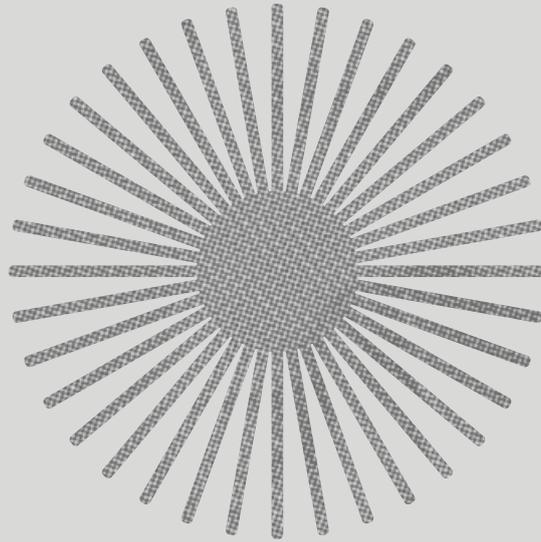


Reporte anual 2022

Los rumbos de la experiencia argentina con el aborto legal

Junio 2023





AUTORAS:

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

Agradecemos la colaboración de Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia, Bernardo Cuadra, Caitlin Gerds, Daniela Guberman, Julia Frenkel, Narela M. Benegas y Sandra Miguez.

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN:

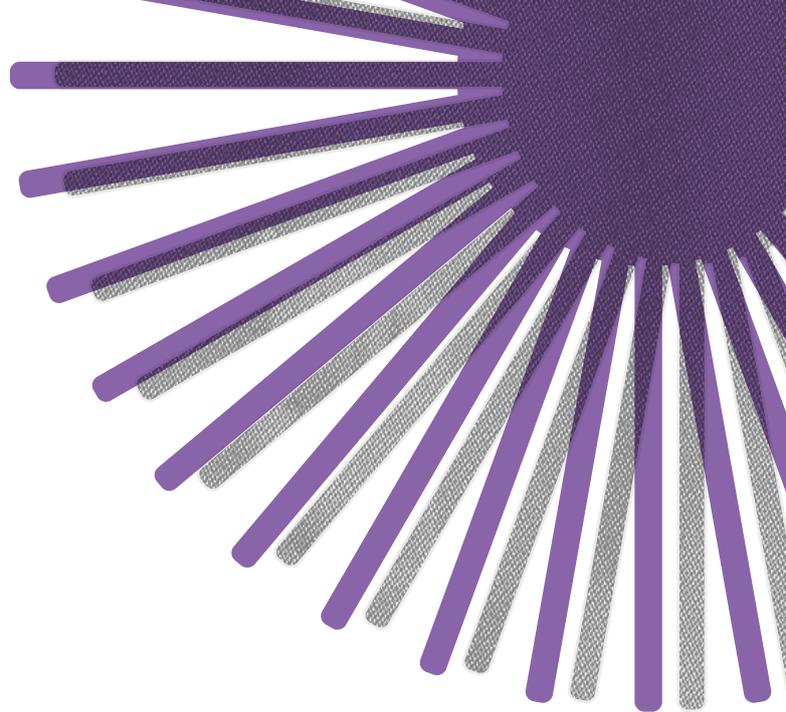
Julieta de la Cal / Agencia BI

CITA RECOMENDADA:

Romero M, Ramón Michel A, Krause M, Keefe-Oates B, Ábalos E, Molina S, Ramos S. Reporte anual 2022: Los rumbos de la experiencia argentina con el aborto legal. Proyecto Mirar. Buenos Aires: CEDES, 2023.

Disponible en <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4729>

ISBN: 978-987-48862-5-5



ÍNDICE

Presentación	04
I. Dos años de aborto legal: avances prometedores y desafíos pendientes	05
I.1. Políticas públicas relacionadas a IVE ILE que impactan en la calidad de vida de las mujeres	05
I.2. Las muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio y la pandemia por COVID	10
I.3. La situación de los servicios de IVE ILE. Cuántos, dónde y cómo	14
II. Mirada federal del acceso al aborto	25
III. El aborto en la prensa argentina	28
III.1. Cambios y continuidades en la cobertura periodística	30
III.2. Aspectos del aborto que fueron noticia en 2022	30
III.3. Las movilizaciones se siguen imponiendo en las imágenes periodísticas	33
III.4. El aborto es ley desde hace dos años y decrecen las noticias en contra del derecho	34
III.5. Las periodistas escriben sobre aborto	35
III.6. El aborto en otros países es noticia en Argentina	36
III.7. El aborto, una oportunidad para hacer noticiables otros temas urgentes	37
Destacados	38
Referencias	42

Presentación

Este reporte da cuenta de la implementación de la política de aborto en Argentina hasta 2022 inclusive, el segundo año desde la sanción de la Ley 27.610 de [Interrupción voluntaria del embarazo y atención posaborto](#). En sintonía con los objetivos estratégicos del proyecto mirar, aporta al monitoreo con datos y análisis sobre algunos de los rasgos centrales del proceso y de los resultados de esa política, con las limitaciones propias de la disponibilidad de datos.

Un monitoreo no puede “mirar todo”, la realidad es siempre más profunda, espaciosa y compleja que el mapa que podemos hacer de ella. Aun así, creemos que los datos y el análisis de este informe dan cuenta de los trazos más estructurales de esta política y permiten evaluar la magnitud y dirección de los progresos y los cuellos de botella. Nos referimos a cuestiones tales como la disponibilidad de insumos y servicios, las prestaciones ofrecidas, el fortalecimiento de los equipos, así como también a algunos rasgos del contexto que, a modo de indi-

cios, dan cuenta del clima de época y del ambiente más o menos propicio para la implementación de esta política. A dos años de la sanción de la Ley 27.610 y atendiendo a la inevitable curva de aprendizaje que toda política pública tiene, esos rasgos estructurales muestran, con más claridad que antes, las tendencias, los logros y los problemas.

También este reporte incorpora el análisis de la agenda pública sobre el aborto en los medios de comunicación hasta 2022. Esta es una dimensión clave del entorno que permite observar cuánto y de qué manera ese espacio del discurso público refleja y cuestiona la política de aborto, y los hechos que sobre este tema suceden. También nos ayuda a dar cuenta del clima de época y de las formas en las que el discurso sobre el derecho al aborto y su exigibilidad se construye y circula.

El reporte consta de tres secciones:

01.

Muestra el panorama de la política pública de acceso al aborto a nivel nacional e identifica tendencias en su evolución desde la sanción de la ley de IVE ILE.

02.

Se detiene en el análisis subnacional.

03.

Aborda la cobertura que la prensa hizo sobre el tema.

Tal como nos hemos propuesto en ediciones anteriores, esperamos que la información que aquí se presenta ayude a comprender más y mejor el escenario de la política de acceso al aborto y el cumplimiento de la Ley 27.610, ayude a identificar logros y problemas y, sobre todo, colabore a informar e inspirar respuestas oportunas y apropiadas en los ámbitos de las decisiones políticas y de gestión, de las estrategias de incidencia de la sociedad civil, y del periodismo y la comunicación social.

I. Dos años de aborto legal: avances prometedores y desafíos pendientes

Esta sección sistematiza la información pública de los dos primeros años de implementación de la Ley 27.610 destacando los avances, las áreas que aún requieren atención y cómo se ha gestionado la aplicación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en diferentes jurisdicciones¹. Este análisis se ha realizado siguiendo las dimensiones del sistema de información del proyecto mirar y se agregaron nuevos indicadores relacionados con el financiamiento y la transparencia. Además, se han profundizado aspectos de la oferta y calidad basados en la disponibili-

dad de datos a nivel nacional y la desagregación prevista por los informes provinciales.

El propósito es resaltar los cambios ocurridos desde la aprobación de la ley. No es posible asumir que estos cambios sean exclusivamente el resultado de la ley, pero sí reconocer que las acciones que puso en marcha impactan en las prestaciones de salud y en el contexto general de la política pública.

I.1. Políticas públicas relacionadas a IVE ILE que impactan en la calidad de vida de las mujeres

- Descenso significativo y sin precedentes de la tasa de fecundidad en las niñas y adolescentes
- Entre 2020 y 2021, los porcentajes de embarazos no intencionales en niñas disminuyeron en 8 provincias y aumentaron en 12
- La no intencionalidad del embarazo, un indicador que muestra cambios positivos
- En 2022 no hubo nuevas presentaciones judiciales contra la Ley 27.610 o el Protocolo, y no fue procesado ningún equipo de salud por proveer abortos dentro del marco legal
- Aumentó el número de servicios que proveen abortos en el subsector público y se agregaron ocho prestaciones relacionadas a salud sexual y reproductiva incluyendo IVE ILE en el Programa Sumar

¹ Las fuentes de obtención de cada uno de los datos citados en este reporte se encuentran en la sección [Aborto en números disponible en la web](#) del proyecto mirar. El hecho de no incluirlas una a una en el texto no implica su omisión o desconocimiento sino la intención de facilitar la lectura.

El contexto muestra una situación prometedora. En 2022 no hubo nuevas presentaciones judiciales contra la Ley 27.610 o el [Protocolo](#) y no fue procesado ningún equipo de salud por proveer abortos dentro del marco legal. A la par de un aumento en el número de servicios del subsector público que prestan servicios de IVE ILE, se implementaron cursos virtuales, capacitaciones en servicio y asistencias técnicas presenciales; se publicaron comunicaciones y notas técnicas; y se actualizó el Protocolo acorde a las directrices sobre la atención para el aborto de la Organización Mundial de la Salud (OMS). ¹El Programa Sumar, política pública que promueve un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud explicitando los que con-

forman el derecho a la salud para toda la población que solo posee cobertura pública, incorporó en 2022 ocho prestaciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva incluyendo IVE ILE: teleconsejería en salud sexual y reproductiva; consejería en salud sexual y reproductiva; consejería en domicilio sobre salud sexual y reproductiva, consulta de interrupción voluntaria y legal del embarazo; interrupción voluntaria y legal del embarazo en internación; consejería posaborto; consejería en domicilio posaborto y teleconsejería posaborto. Estos datos, más los que analizamos en adelante, hablan de un escenario propicio para el desenvolvimiento de la política pública de aborto.

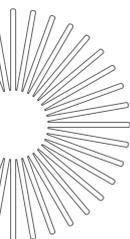
En cumplimiento del Art. 13 de la Ley 27.610, la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR) llevó adelante en 2022:

- 500 integrantes de equipos de salud completaron el curso virtual “El aborto en la Argentina: herramientas conceptuales y operativas para la implementación plena de la Ley 27.610”.
- Cerca de 300 personas de equipos de salud participaron de capacitaciones presenciales en 12 provincias.
- 5 capacitaciones virtuales sincrónicas sobre atención posaborto, actualización sobre aborto con medicamentos y estándares legales para la provisión de servicios de IVE ILE.

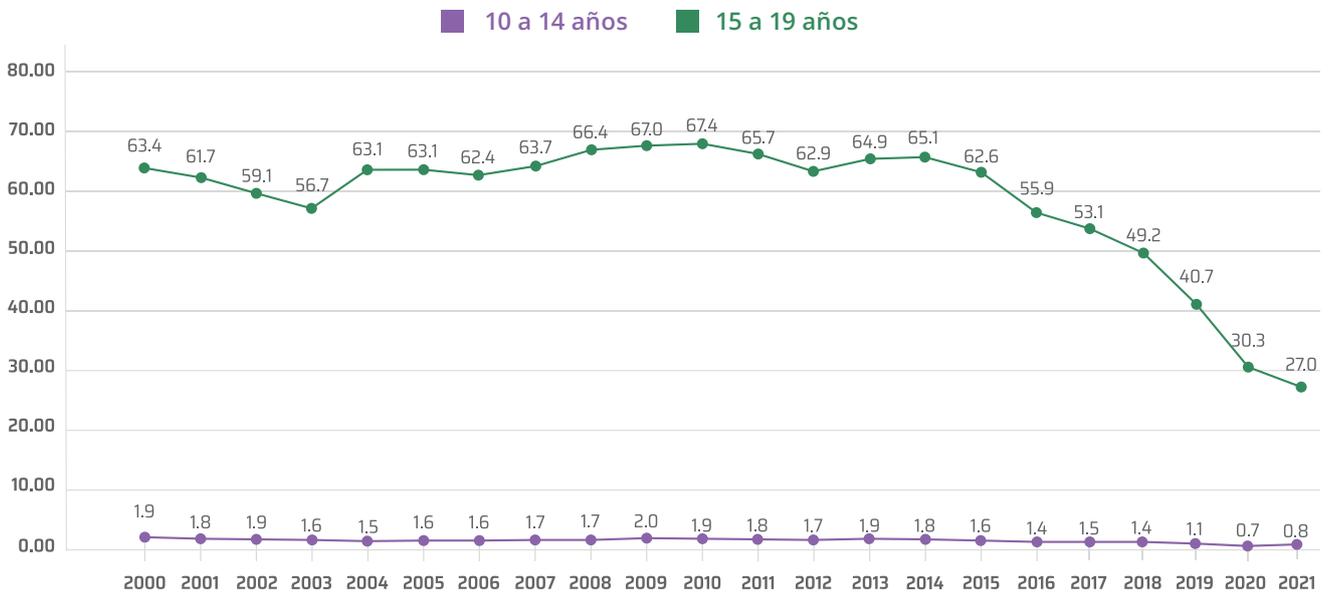
En primer lugar, se observa un descenso de la fecundidad adolescente: el número de niñas y adolescentes que llevaron un embarazo a término continuó disminuyendo en el país, y acompaña lo que se observa en otros países de la región. **La tasa específica de fecundidad en adolescentes (TEFA)** se define como el número de nacimientos que ocurren durante un determinado año por cada 1000 mujeres de 10 a 19 años y permite medir el comportamiento de la fecundidad por edad, en este caso, de la frecuencia de hijas e hijos nacidos de niñas y adolescentes.²

Los determinantes del descenso de la TEFA son múltiples y se combinan de manera diferente para las niñas y adolescentes de 10 a 14 y las de 15 a 19

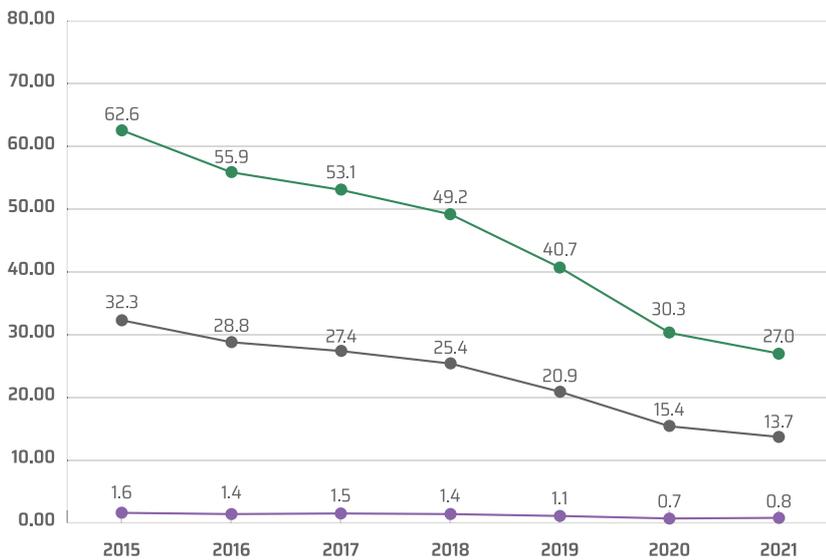
años.³ La continuidad escolar, el acceso a educación sexual integral y a métodos anticonceptivos -especialmente aquellos de larga duración- son fundamentales. A estos aspectos se agrega un entorno favorecedor de la toma de decisiones informadas sobre la sexualidad y la reproducción, incluyendo la decisión de continuar o interrumpir un embarazo. En las niñas, la presencia de abuso y violencias sexuales suele tener un peso mayor y son determinantes más complejos para intervenir que requieren de abordajes multisectoriales para mitigar tanto su peso como sus consecuencias.



Tasa de fecundidad adolescente temprana y tardía. Argentina, 2000-2021



Fuente: Área Monitoreo DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación, 2023.



Tasa de fecundidad adolescente por grupos de edad. Argentina, 2015-2021

- 10 a 14 años
- 15 a 19 años
- 10 a 19 años

Fuente: Elaboración propia sobre la base de pedidos de acceso a la información pública. Área Monitoreo, DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación, 2023.

La magnitud de este descenso indica que entre 2018 y 2021 la TEFA de 10 a 14 años, 15 a 19 años y 10 a 19 años se redujo prácticamente a la mitad (43%, 45% y 49% respectivamente).

Fuente: Presentación de Valeria Isla, Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en la reunión del Consejo Federal de Salud de abril de 2023.

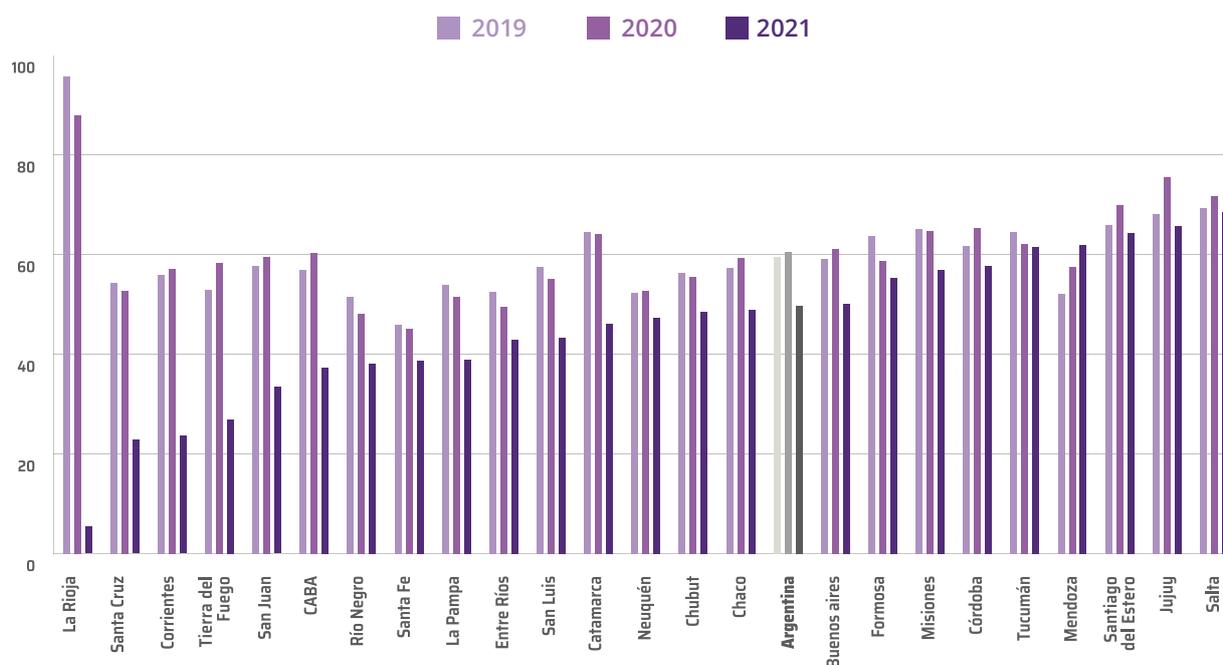
El descenso significativo y sin precedentes de la tasa de fecundidad en las niñas, un indicador históricamente difícil de cambiar, requiere un análisis más profundo para comprender mejor sus determinantes. Este conocimiento permitirá desarrollar intervenciones más efectivas que prevengan estas situaciones no deseadas y mitiguen las graves consecuencias biológicas, psicológicas y sociales asociadas a los embarazos en niñas.

La no intencionalidad del embarazo es otro indicador que muestra cambios de signo positivo. La proporción de mujeres, niñas y adolescentes que reportan la no intencionalidad del embarazo se obtiene a partir del dato de embarazo no planificado que recoge el Sistema Informático Perinatal (SIP). Dentro de esta categoría se encuentra un espectro de situaciones que van desde embarazos producto de abuso hasta los que son consecuencia del uso inadecuado o falla del método anticonceptivo, falta de previsión y barreras en el acceso a

servicios de salud sexual, incluidos los servicios de aborto. El dato estadístico proporciona una visión general de los determinantes sociales, relacionales y personales que interactúan en situaciones diversas y a la vez únicas para las personas, y que se expresan en el reporte de esta variable por la usuaria en algún momento de las visitas prenatales. Es importante tener en cuenta además que los datos del SIP se limitan a los nacimientos ocurridos en instituciones del subsector público de salud y el registro de esos datos puede variar según las provincias e instituciones.ⁱⁱ

Si se analiza a todas las mujeres que tuvieron nacimientos sin diferenciar por grupos de edad, se observa que las proporciones de embarazos no intencionales descendieron de 6 de cada 10 a 5 de cada 10 entre 2019 y 2021. El descenso, aunque de distinta magnitud, está presente en casi todas las provincias.

Proporción de nacidos vivos de embarazos no intencionales. Efectores de salud públicos. Argentina y provincias, 2019-2021



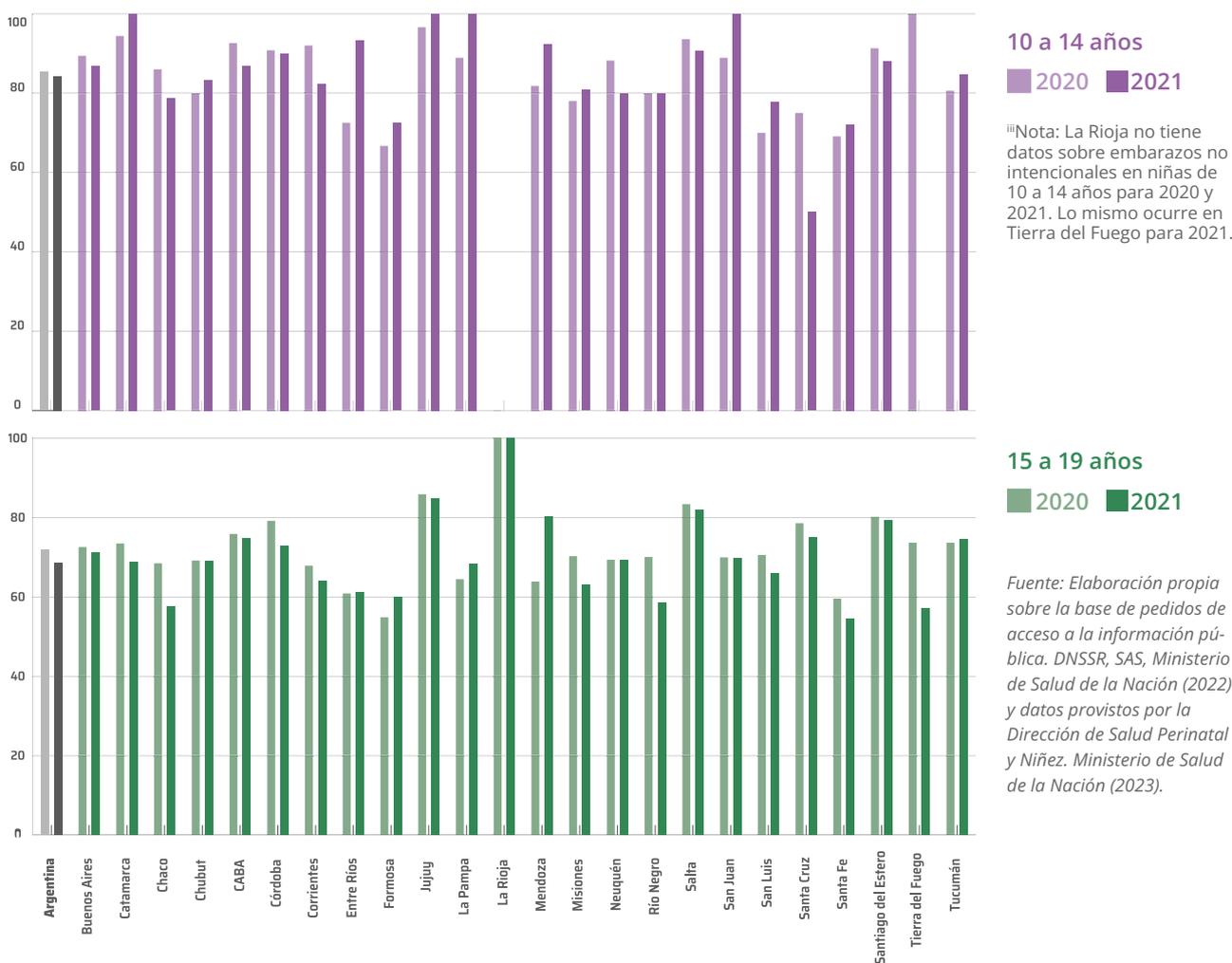
Fuente: Elaboración propia sobre la base de pedidos de acceso a la información pública, DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación (2022) y datos provistos por la Dirección de Salud Perinatal y Niñez, Ministerio de Salud de la Nación (2023).

ⁱⁱ Los datos provistos por la Dirección de Salud Perinatal y Niñez del Ministerio de Salud de la Nación indican que la cobertura del SIP sobre el total de los nacimientos ocurridos en el subsector público en todo el país es de 73%, con un rango que va de 21% en San Juan a 98% en Salta. Las variables edad y embarazo planificado están disponibles en el 84% de los nacimientos ingresados al SIP.

Si consideramos a las niñas y adolescentes, el descenso no es un patrón observable en todas las jurisdicciones. Entre 2020 y 2021, los porcentajes de embarazos no intencionales en niñas disminuyeron en 8 provincias y aumentaron en 12 de ellas. En el mismo período, los porcentajes de embarazos no intencionales en las adolescentes se redujeron en 9 provincias y aumentaron en 3, a la vez que más de la mitad de las provincias no mostraron cambios. Estos datos deben interpre-

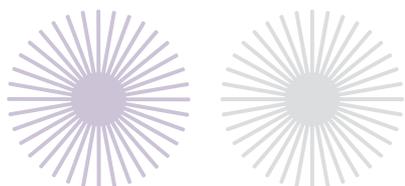
tarse con cuidado por la complejidad del fenómeno de la intencionalidad o no del embarazo. También debe considerarse que la cantidad de niñas que llevan embarazos a término es reducida, y que pequeñas variaciones anuales pueden afectar las proporciones.ⁱⁱⁱ Además, es importante considerar las dificultades en la medición que se mencionan antes. Las proporciones para los distintos grupos de edad en cada provincia se encuentran en la [web](#).

Proporción de embarazos no intencionales de niñas y adolescentes sobre el total de nacidos vivos. Efectores de salud públicos. Argentina y provinciasⁱⁱⁱ, 2020-2021



En 2020 y 2021, 8 de cada 10 niñas y 7 de cada 10 adolescentes que tuvieron su parto en maternidades públicas reportaron que su embarazo fue no intencional.

I.2. Las muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio y la pandemia por COVID



- En las últimas dos décadas en Argentina hubo una **lenta disminución en la mortalidad materna**
- Hubo **dos picos de aumento de mortalidad materna relacionados con eventos epidemiológicos**: la pandemia de H1N1 en 2009 y la pandemia de COVID en 2021
- A pesar del contexto sanitario por la pandemia de COVID, en Argentina, **en 2021, las muertes por aborto continuaron descendiendo.**

Durante las últimas dos décadas en Argentina se ha observado una lenta disminución en la mortalidad materna tanto en términos de la razón de la mortalidad materna (RMM) como en el número total de defunciones maternas. Sin embargo, se

destacan dos picos de aumento relacionados con eventos epidemiológicos: uno durante la pandemia de H1N1 en 2009 y otro durante la pandemia de COVID en 2021.

La mortalidad materna y particularmente las defunciones maternas por aborto históricamente han sido indicadores relevantes para evidenciar el daño de los abortos inseguros e impulsar cambios normativos^{iv}. La razón de mortalidad materna (RMM)^v permite observar la evolución en el tiempo y es comparable con otros países^{vi}. No obstante, no es la medida más adecuada para evaluar el impacto inmediato de una política de aborto ya que no da cuenta de cambios más sensibles para evaluar proceso de implementación como podrían ser los casos de morbilidad grave (como internaciones prolongadas en servicios de cuidados intensivos, hemorragias que requieren transfusiones, infecciones generalizadas) o las secuelas crónicas (como las fístulas) que pueden quedar por abortos inseguros.

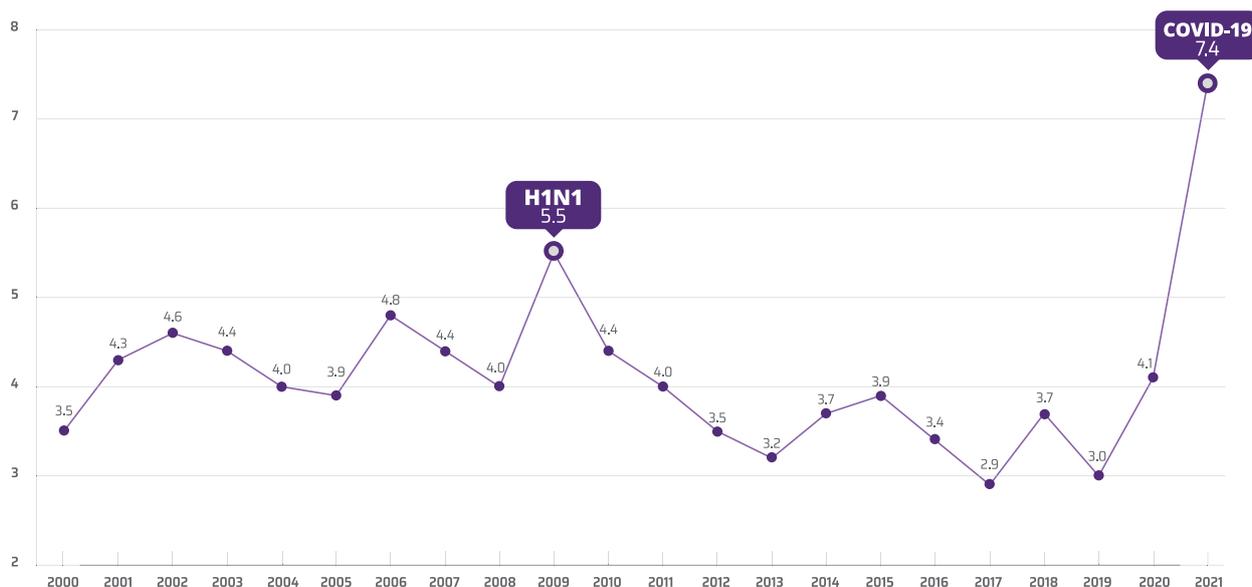
ⁱⁱⁱ Al haber menos casos de niñas y adolescentes que llegan con embarazos a término, el comportamiento del indicador puede variar de un año a otro sólo por el efecto de pequeños cambios en el numerador y denominador.

^{iv} La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

^v La RMM resulta del cociente entre el número de defunciones por causas maternas y el número de nacidos vivos.

^{vi} Si bien el número absoluto de defunciones disminuyó, también lo hizo el número de nacidos vivos por lo que el cambio resultante en la RMM no es tan notorio.

Evolución de la razón de mortalidad materna (RMM) x 10.000 nacidos vivos. Argentina, 2000-2021



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Estadísticas vitales. Información básica 2010 y 2021. DEIS (2012 y 2023). Ministerio de Salud de la Nación.

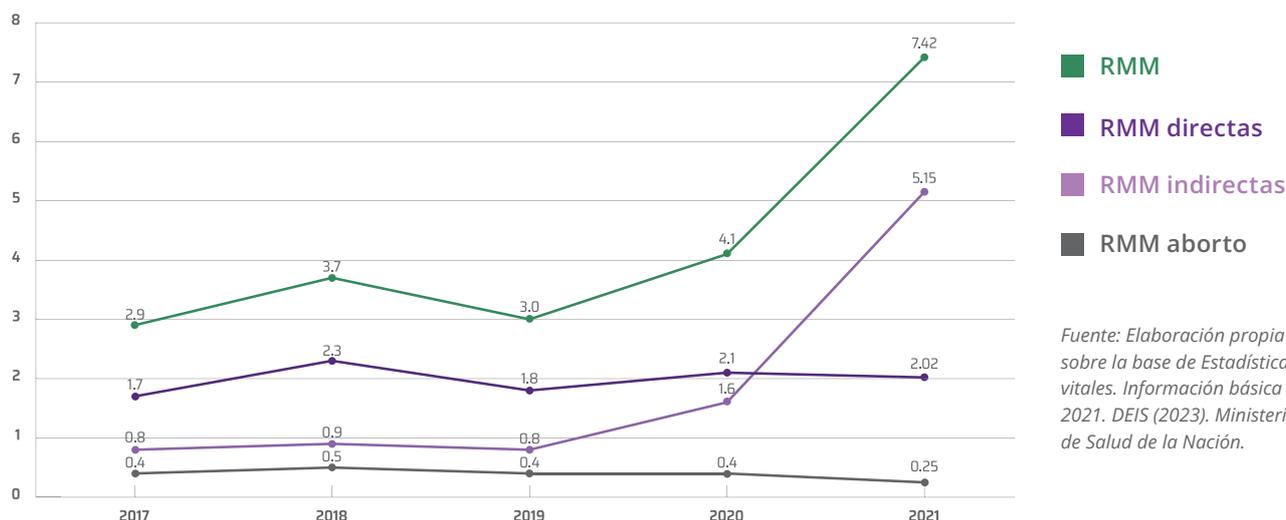
La pandemia de COVID llevó al sistema de salud a situaciones extremas. Se ha reportado que la disponibilidad, el acceso y el uso de los servicios de salud reproductiva en diversos países de Latinoamérica se vieron severamente afectados como consecuencia de las medidas de aislamiento, las restricciones a la movilidad y los temores de la población a concurrir a los servicios por temor al contagio. La capacidad de respuesta del sistema frente a las emergencias obstétricas también se vio afectada por factores como la saturación de los servicios de urgencia, el cierre de los servicios de consulta externa, y la restricción del acompa-

ñamiento y otras medidas integrales de cuidados maternos.⁵

En 2020 en Argentina, 37 mujeres murieron por COVID durante el embarazo, el parto o el puerperio. La cifra de fallecidas durante el embarazo, parto o puerperio por COVID asciende a 220 en 2021, aumentando las defunciones por causas obstétricas indirectas^{vii} y duplicando el número de defunciones maternas totales, llevando la razón de mortalidad materna a valores no observados en los últimos 20 años.

^{vii} Las muertes obstétricas indirectas son aquellas que derivan de enfermedad preexistente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo. En cambio, las muertes obstétricas directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados.⁶

Evolución de la razón de mortalidad materna (RMM) x 10.000 nacidos vivos, total y por grandes causas. Argentina, 2017-2021



Al observar la estructura de causas de muertes maternas del último quinquenio y sin considerar las muertes por COVID, en las columnas de la siguiente tabla se observa que las muertes maternas directas e indirectas sin COVID variaron poco de año a año, y que en 2021 las defunciones por aborto disminuyeron. Este comportamiento no concuerda con el de

otros países de la región donde se observó un aumento del número absoluto de muertes maternas por causas directas, particularmente trastornos hipertensivos y hemorragias como resultado de las barreras mencionadas durante la pandemia para acceder a los servicios de salud y obtener una atención oportuna y adecuada.⁵⁷

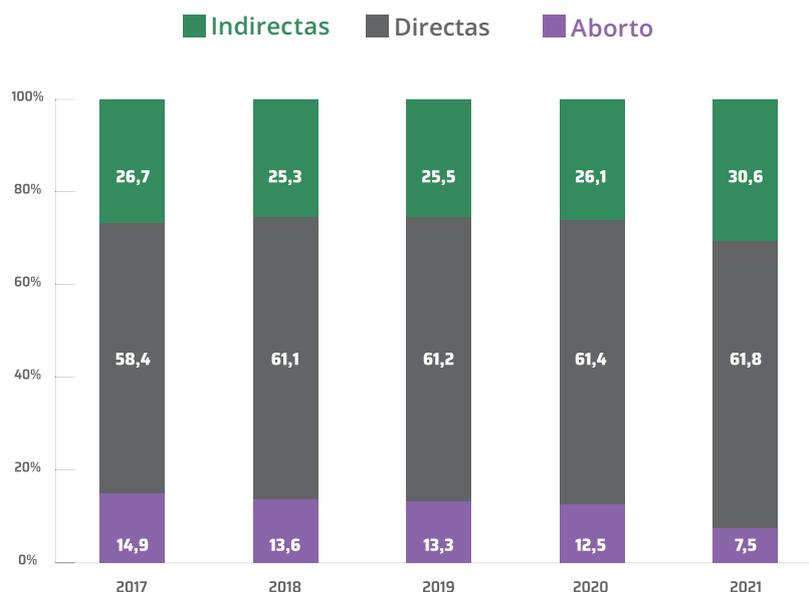
Número absoluto de muertes maternas (MM) por grandes causas y relacionadas con COVID. Argentina, 2017-2021

Año	Número total de MM	Total MM sin incluir MM con COVID	MM por aborto	MM por otras causas directas	MM con COVID	MM indirectas sin incluir MM con COVID
2017	202	202	30	118		54
2018	257	257	35	157		65
2019	188	188	25	115		48
2020	221	184	23	113	37	48
2021	393	173	13	107	220	53

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Estadísticas vitales. Información básica, 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021. DEIS. Ministerio de Salud de la Nación (2019, 2020, 2021, 2022, 2023).

*Nota: otras causas directas incluyen: trastornos hipertensivos, hemorragia anteparto y posparto, sepsis y otras causas directas.

Proporción de muertes maternas por grandes causas, sin incluir COVID. Argentina, 2017-2021



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Estadísticas vitales. Información básica, 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021. DEIS. Ministerio de Salud de la Nación (2019, 2020, 2021, 2022, 2023).

Aun excluyendo las defunciones maternas relacionadas al COVID, se sigue observando en 2021 un descenso de la proporción de muertes maternas por aborto, respecto del año anterior.

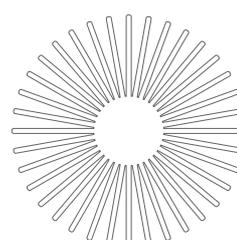
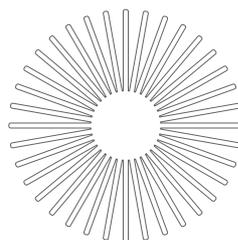
- En 2021, las muertes por aborto continuaron descendiendo: de 23 en 2020 a 13 en 2021
- Entre 2019 y 2021, la estructura porcentual de muertes maternas por aborto, otras causas obstétricas directas e indirectas (excluyendo COVID) prácticamente no se modificó
- En 2021, durante el embarazo, parto y puerperio, fallecieron más mujeres por COVID (n=220) que por la suma de todas las causas obstétricas directas e indirectas no relacionadas al COVID (n=173)

La reducción de las muertes maternas es un compromiso de larga data. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM 1990-2015),⁸ la agenda post 2015,⁹ la Estrategia para poner fin a la mortalidad materna evitable (EPMM-Ending Preventable Maternal Mortality- por sus siglas en inglés)¹⁰ y la Agenda para el Desarrollo Sostenible 2016-2030 de las Naciones Unidas,¹¹ han establecido metas de reducción que sólo algunos países alcanzaron. Teniendo en cuenta los Objetivos de Desarrollo Sostenible, los Estados Miembros de las Américas aceptaron una meta regional por la cual se propone reducir la mortalidad materna regional a 3 o menos muertes maternas cada 10.000 nacimientos para el año 2030. Estos compromisos,



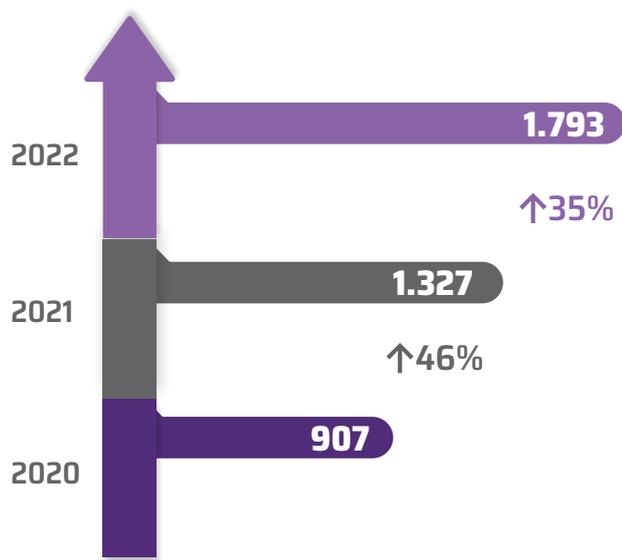
que ya se encontraban en riesgo de incumplimiento en vistas de lo ocurrido con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, levantan aún más las alarmas dado que Latinoamérica y el Caribe es la única región con una razón de mortalidad materna que no mostró cambios significativos entre 2000 y 2020.¹²

I.3. La situación de los servicios de IVE ILE. Cuántos, dónde y cómo



- Aumentaron un **98% los servicios** del subsector público con atención de IVE ILE entre 2020 y 2022
- La situación es variable según las provincias: **en 18 de las 24 jurisdicciones se incrementó el número de efectores públicos** que dan acceso a IVE ILE cada 1000 mujeres en edad fértil
- Santiago del Estero, Tucumán, Salta, Santa Cruz, Neuquén y Tierra del Fuego mantuvieron la misma disponibilidad o disminuyeron la disponibilidad de servicios de IVE ILE
- No existen relevamientos sistemáticos que den cuenta del número de servicios o prestadores en obras sociales y medicina prepaga
- La cantidad de tratamientos que garantizan insumos para prácticas con medicamentos también se incrementó en los primeros dos años de implementación de la ley. Además, **ANMAT autorizó el registro de la mifepristona producida por un laboratorio local** para su distribución y venta en farmacias y su uso en los tres subsistemas de salud: público, obras sociales y prepagas
- Se mantiene y profundiza la producción pública de medicamentos para IVE ILE
- **El número de abortos realizados en el subsector público se incrementó en un tercio entre 2021 y 2022**
- En San Juan, Formosa, Santa Cruz, Neuquén, Santiago del Estero, Chaco y Salta el aumento de acceso al aborto fue entre el doble y el triple

Se produjo un notable aumento en la **oferta de servicios de IVE ILE** en el subsector público. Antes de la sanción de la ley, a fines de 2020, se contabilizaban 907 efectores (centros de atención primaria de la salud y hospitales) que brindaban acceso a estos servicios. El número creció a 1327 en 2021 y a 1793 en 2022, con un aumento proporcional de **98% entre 2020 y 2022**.



Efectores públicos que dan acceso a servicios de IVE ILE. Argentina, 2020-2021

El número de efectores del subsector público que dan acceso a IVE ILE se duplicó en los dos 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); ImplementAR IVE-ILE. Ley 27.610. Informe anual 2022. DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación (2023).

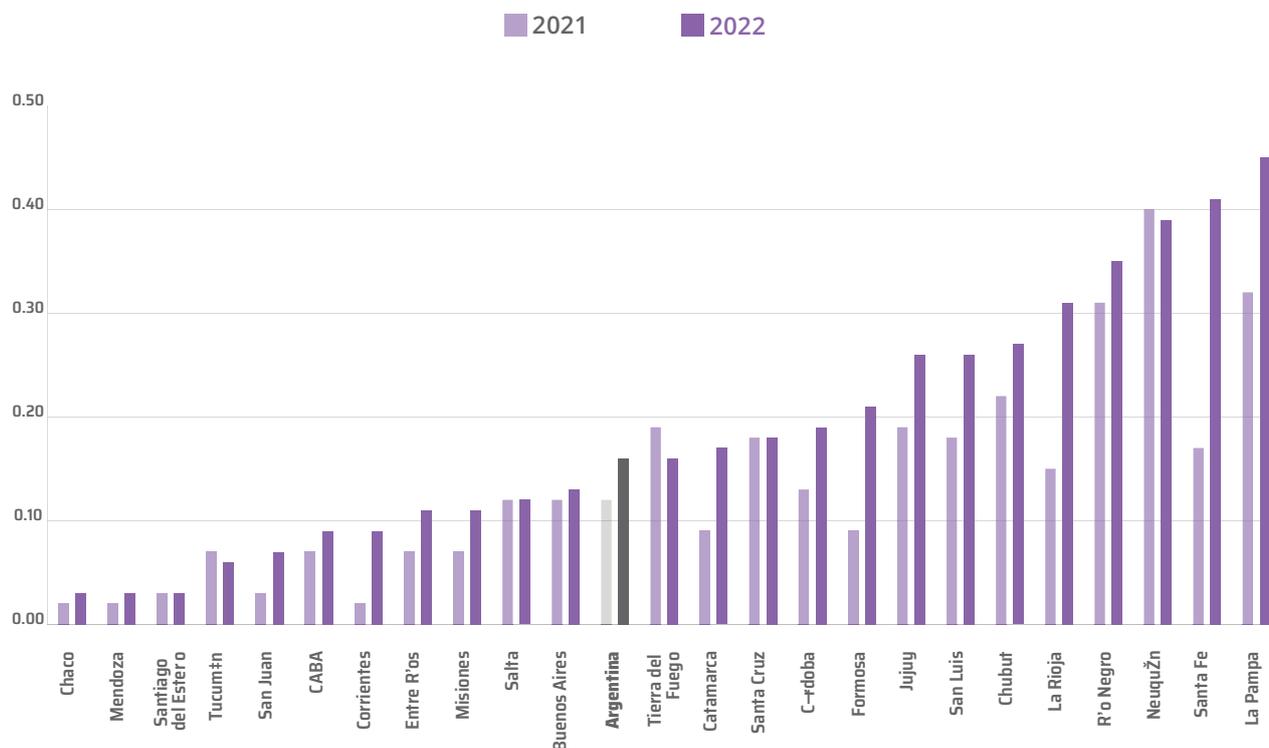
Si bien el aumento en el número de efectores puede tener un impacto positivo en el acceso de las personas que buscan servicios de aborto, es importante considerar diversos factores para evaluar de manera integral la mejora en el acceso. Estos factores incluyen el número inicial de efectores dentro de cada jurisdicción y si éste es equitativo según la distribución geográfica, la proporción de efectores de primer y segundo nivel, así como también si la disponibilidad de recursos humanos y horarios de atención son los adecuados para satisfacer la demanda.

El **número de servicios de IVE ILE públicos cada 1.000 mujeres en edad fértil**, es un indicador que permite comparar la disponibilidad de efectores entre provincias. Aunque este indicador evalúa la oferta sólo en términos de la cantidad de servicios de salud estandarizado por 1.000 mujeres

en edad fértil, permite hacer comparaciones entre provincias que tienen una estructura de población variable. **Más servicios disponibles indicarían mayor accesibilidad, aunque este indicador no tiene en cuenta su distribución geográfica dentro de cada jurisdicción, la oportunidad de días y horarios de atención, la cantidad de profesionales disponibles, su desempeño,** etc.

En 2022, el promedio nacional indica que hay 16 servicios de IVE ILE cada 100.000 mujeres entre 15 y 49 años (esto es equivalente a 0,16 servicios de IVE ILE cada 1.000 mujeres en edad fértil, como se calcula usualmente). Este número varía entre 3 cada 100.000 mujeres en Chaco, Mendoza y Santiago del Estero a 40 servicios cada 100.000 en Neuquén, Santa Fe y La Pampa.

Número de servicios de IVE ILE por 1000 mujeres en edad fértil. Efectores de salud públicos. Argentina y provincias, 2021-2022



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

Entre 2021 y 2022, seis provincias (Santiago del Estero, Tucumán, Salta, Santa Cruz, Neuquén y Tierra del Fuego) mantuvieron la misma disponibilidad o disminuyeron la disponibilidad de servicios de IVE ILE cada 1.000 mujeres en edad fértil.

En 18 de las 24 jurisdicciones incrementaron el número de efectores públicos que dan acceso a IVE ILE cada 1.000 mujeres en edad fértil. Este dato puede ser entendido como muestra de la decisión de las políticas de aborto provinciales de fortalecer las condiciones de acceso. Si en cada jurisdicción se requieren aún más servicios o si los que existen son suficientes, depende de las condiciones preexistentes a la aprobación de la ley, del desempeño de esos servicios y de las opciones y las necesidades de las personas. También, de la disponibilidad de servicios dependientes de las obras sociales y de prestadores privados, así como de la cobertura de salud de las personas y su capacidad

de pago y traslados dentro del territorio.

No existen relevamientos sistemáticos que den cuenta del número de servicios o prestadores por fuera del subsector público, como así tampoco se cuenta con disposiciones normativas para que el subsector de obras sociales reporte las estadísticas de prácticas de aborto u otras prácticas que no sean aquellas de reporte obligatorio.

Se necesitan estudios a nivel de las jurisdicciones para saber cuál sería la cantidad de servicios requeridos para alcanzar a quienes los necesitan.

El financiamiento de la salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación

Para dar cuenta de la dimensión financiera del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación y su desempeño **se analizaron tres indicadores.**

01. El **financiamiento** del Programa muestra un comportamiento variable en los últimos tres años. Creció 16% en términos reales en 2021, impulsado por un crecimiento del presupuesto para la implementación del Plan Enia (Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia), mientras que el gasto para la adquisición de insumos de salud sexual y reproductiva (SSR) se mantuvo constante. En 2022 el gasto del Programa en su conjunto cayó 14% en términos reales, explicado por reducciones en ambas líneas presupuestarias. Para 2023, se proyecta un financiamiento de \$7.892 millones para el Programa, lo que representa una relativa estabilidad de su presupuesto global. Sin embargo, habrá que observar el comportamiento de posibles refuerzos presupuestarios visto el nivel de inflación proyectado para 2023.

02. El **nivel de ejecución presupuestaria** del Programa también muestra un buen desempeño en el período 2020-2023. En los 4 años, el porcentaje de ejecución del gasto planificado es mayor o igual al 95%, sin registrar signos de subejecución presupuestaria. La actividad presupuestaria que concentra la compra de insumos de SSR también muestra muy buenos niveles de ejecución anual (94% o más).

03. Con relación a **las metas físicas [*]** del Programa no se dispone de información sobre el cumplimiento de la meta de cobertura de la población elegible con tratamientos anticonceptivos respecto del nivel informado en el presupuesto. Respecto de los tratamientos entregados (anticonceptivos) se observa cierta subejecución (cercana al 20%) de las metas fijadas en el trienio. En relación con la distribución de implantes subdérmicos y de medicamentos para IVE ILE, 2022 es el único año posible de ser evaluado. Según la información provisoria de cierre del año, se observa una ejecución del 88% de la meta para los primeros (57.425 implantes distribuidos vs 65.000 programados) y del 90% para los segundos (89.863 tratamientos para IVE ILE distribuidos vs 100.000 programados).

[*] Las metas físicas reflejan el compromiso que el programa se propone en un año, medido según su propia planificación de actividades y resultados esperados, y se incluyen en el presupuesto para relacionar los fondos asignados con los resultados comprometidos para el uso de esos fondos. El grado de cumplimiento de las metas físicas permite evaluar tanto la capacidad de planificación del programa como su capacidad de gestión para implementar las estrategias y actividades necesarias para alcanzar las metas definidas. Cabe aclarar que el proceso de formulación, registro y seguimiento de metas físicas de los programas dentro del sistema presupuestario todavía requiere de esfuerzos continuos por parte de la Oficina de Presupuesto y las áreas de programa para mejorar su pertinencia y calidad.

Respecto de los insumos -elementos clave para proveer los servicios de aborto-, se ha logrado incrementar la provisión de medicamentos y en 2021 se incorporó el tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol gracias a una donación de Fòs Feminista. La incorporación de esta nueva tecnología no sólo amplió las opciones terapéuticas, sino que permitió ofrecer un régimen de medicamentos con mayor seguridad y eficacia en sintonía con las recomendaciones de la OMS.¹ La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), otorgó un permiso especial para el ingreso al país de la presentación y su distribución dentro del subsector público a partir de febrero de 2022.

Tomando como línea de base el 2020, año en el cual se compraron 35.000 tratamientos de miso-

prostol por parte de la DNSSR, en 2021 la compra se incrementó en más del triple (110.500 tratamientos) y por primera vez, gracias a un convenio con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), se adquirieron 50.064 tratamientos combinados de mifepristona y misoprostol. En 2022 se reforzó la disponibilidad con 17.000 tratamientos de misoprostol adicionales. Al mismo tiempo, se firmaron los convenios de donación con Fòs Feminista de 25.500 tratamientos combinados en 2021 y 17.000 en 2022.

La cantidad de tratamientos distribuidos también se incrementó en los primeros dos años de implementación de la ley.

En 2020 se distribuyeron 18.590 tratamientos. La distribución se cuadruplicó en 2021 con 74.071 tratamientos. En 2022, la distribución fue de 90.900 tratamientos.

Otro dato que muestra avances en la política de acceso al aborto es la autorización de la ANMAT, en marzo de 2023, del **registro de la mifepristona** producida por un laboratorio local. Esto habilitó su distribución y venta en farmacias y su uso en los tres subsistemas de salud -público, obras sociales y prepagas-, igualando así las condiciones de acceso al medicamento independientemente de la cobertura de salud de la que se disponga.

En materia de **producción pública de medicamentos** -también indicador de fortalecimiento de la política-, los Laboratorios Puntanos de San Luis y PROFARSE de Río Negro producen, desde el año 2021, misoprostol para distribución dentro de la jurisdicción. En Santa Fe, el Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF) produce misoprostol y cuenta con autorización de la ANMAT para tránsito fede-

ral, lo que permite que la DNSSR pueda comprarle este medicamento y lo distribuya a las provincias a través del Programa Remediar.¹³ Ese mismo laboratorio se encuentra en proceso de producir la mifepristona. En 2022, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires firmó un convenio con la Universidad Nacional de La Plata para sumarse a la producción pública de mifepristona. En síntesis, diversas jurisdicciones del país se encuentran produciendo medicamentos para el aborto en los laboratorios públicos contribuyendo de este modo a una mayor disponibilidad de las drogas, mejorando las oportunidades de compra de insumos por parte del Estado y la accesibilidad económica para las mujeres.



Insumos para interrupción del embarazo. Argentina 2020-2022



MISOPROSTOL



EN 2020
35.000
tratamientos

EN 2021
110.500
tratamientos

EN 2022
17.000
tratamientos



MIFEPRISTONA + MISOPROSTOL



EN 2021
50.064
tratamientos



EN 2021
25.000
tratamientos

EN 2022
17.000
tratamientos



AMEU (Aspiración manual endouterina)



ENTRE 2021-2022
500 equipos

Licitación

Donación



Producción

El misoprostol se elabora en **tres laboratorios** nacionales :

LIF

Santa Fe

2020 : 260.388 comprimidos

2021 : 1.212.264 comprimidos

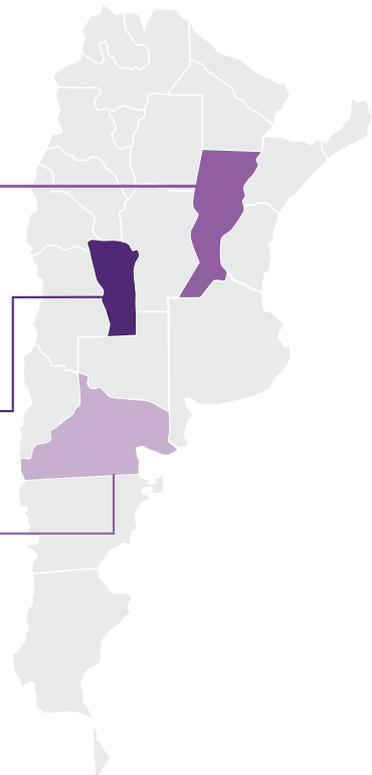
2022: 1.083.600 comprimidos

Laboratorios Puntanos

San Luis

Profarse

Río Negro





Distribución 2020-2022

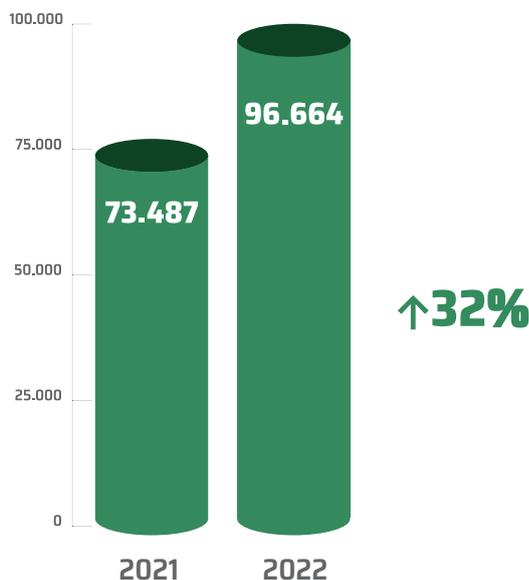
Fueron distribuidos **183.561** tratamientos (misoprostol y mifepristona + misoprostol)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de presentación de Valeria Isla, Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en las XVI Jornadas Argentinas de Estudios de Población – III Congreso Internacional de Población del Cono Sur. 13 al 15 de octubre de 2021; Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Publicación de resultados 2020. DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación (2022) ; ImplementAR IVE-ILE. Informe anual de implementación de la Ley 27.610. 2021. DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación (2022); pedido de acceso a información pública. DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación (2023); ImplementAR IVE-ILE. Ley 27.610. Informe anual 2022. Actualización abril 2023. DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación. (2023)

El **número de abortos realizados** en el subsector público ha aumentado considerablemente. En 2021 se registraron 73.487 interrupciones del embarazo en estos establecimientos. Esta cifra aumentó a 96.664 en 2022, lo que representa un incremento de aproximadamente un tercio. Esta tendencia de aumento en el número de abortos

es similar al observado en otros países durante la implementación de políticas públicas de acceso al aborto. Inicialmente, el número de interrupciones aumenta para satisfacer la demanda acumulada y luego se estabiliza o disminuye gradualmente con el tiempo.



Número de IVE ILE en efectores públicos de salud. Argentina 2021 y 2022

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) e ImplementAR IVE-ILE. Ley 27.610. Informe anual 2022. DNSSR, SAS, Ministerio de Salud de la Nación (2023).

Entre 2021 y 2022, casi todas las jurisdicciones aumentaron el número de IVE ILE realizados en servicios de salud públicos. En ocho provincias el aumento fue entre el doble y el triple (San Juan, Formosa, Santa Cruz, Neuquén, Santiago del Estero, Misiones, Corrientes y Chaco).

Número de IVE ILE realizadas en servicios de salud públicos y su incremento. Argentina y por provincia, 2021-2022

Jurisdicción	2021	2022	Incremento (en veces más) de prestaciones
San Juan	380	1219	3.2
Formosa	273	842	3.1
Santa Cruz	278	803	2.9
Neuquén	656	1634	2.5
Santiago del Estero	585	1417	2.4
Misiones	597	1446	1.9
Corrientes	611	1138	1.9
Chaco	688	1277	1.6
Salta	3020	4721	1.5
San Luis	785	1210	1.5
Santa Fe	4383	6645	1.5
Entre Ríos	1643	2444	1.5
Jujuy	1743	2580	1.4
Tierra del Fuego	343	497	1.4
Chubut	967	1386	1.3
La Rioja	755	1018	1.3
Mendoza	2916	3893	1.3
Argentina	73487	96664	1.3
Río Negro	829	1046	1.3
Buenos Aires	33147	40880	1.2
Catamarca	781	914	1.2
Córdoba	4023	4573	1.1
Tucumán	4162	4701	1.1
CABA	8847	9961	1.1
La Pampa	519	419	0.8

El sistema comunitario: acompañamientos de Socorristas en Red

Socorristas en Red está actualmente conformada por más de **49 colectivas y organizaciones que articulan para acompañar procesos de IVE ILE en todo el país**. Surgió en 2012 como impulso de La Revuelta de Neuquén junto a colectivas que integraban la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Desde 2014 sistematiza los acompañamientos para abortar de forma autogestionada y dentro del sistema de salud.

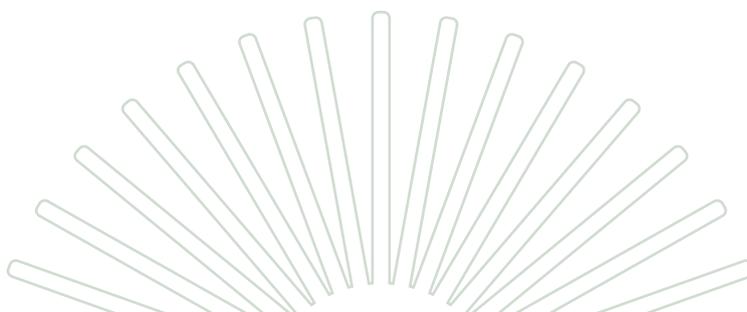
La sistematización del 2022, al igual que la de años previos, se centra en las personas que solicitaron ser acompañadas en sus decisiones.

En 2021 acompañaron a 13.502 personas con la decisión de interrumpir un embarazo y en 2022, a 13.292, es decir que el número de acompañamientos en los dos años posteriores a la implementación de la ley se mantiene.

La sistematización 2022 muestra:

- 330 acompañamientos fueron a niñas o adolescentes, 86% de ellas iban a la escuela
- **6 de cada 10** personas tenían entre 20 y 29 años
- **5 de cada 10** iniciaron o completaron estudios terciarios o universitarios
- **4 de cada 10** tenían un trabajo informal y 3 de cada 10 un trabajo formal
- **7 de cada 10** aseguraron haber sufrido algún tipo de violencia machista
- **8 de cada 10** solicitaron ser acompañadas teniendo 9 semanas de gestación o menos
- **1 de cada 10** pidió ser acompañada por Socorristas dentro del sistema de salud, 90% de ellas solicitaron una IVE

Fuente: Socorristas en Red (feministas y transfeministas que abortamos). Sistematización de acompañamientos a abortar realizados por Socorristas en Red durante el año 2022. Mayo de 2023. [Ver más](#)



Prestaciones de IVE ILE en el subsector de obras sociales

La Superintendencia de Servicios de Salud **constituyó un Equipo Especial IVE para la implementación de la Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo** (Ley 27.610). Entre las funciones principales del equipo se encuentran las de asesorar en los reclamos de beneficiarias y gestionar los reclamos.

La Superintendencia realiza auditorías continuas tanto a los agentes del Seguro de Salud como así también a las Entidades de Medicina Prepaga (EMP) para fiscalizar y analizar el grado de cumplimiento y aplicación de la normativa legal vigente conforme a las disposiciones legales que reglamentan el Sistema del Seguro de Salud.

Los resultados más relevantes de la auditoría 2022 sobre una muestra de **247 obras sociales** son:

- Se notificaron **4.966 prestaciones**: 31% solo medicamentosas, el 67% solo instrumentales y el 2% con procedimientos combinados.
- **Provisión del misoprostol**: 90% en farmacias y 10% en otros proveedores.
- Uso del protocolo: 80% utiliza el protocolo del Ministerio de Salud y 20% posee su propio protocolo.
- **Prestadores** ofrecidos para la práctica: 36% prestadores de cartilla, 30% prestadores públicos de gestión estatal (provincial, municipal, etc.), 19% prestadores propios y 5% otros prestadores.
- **Canales de comunicación con la población beneficiaria**: sólo el 26% de las obras sociales difunden información en sus páginas web, redes sociales o cartillas, sobre las modalidades y canales de acceso a prestaciones IVE ILE.
- Se ha observado la indicación de legrados, a pesar de ser una práctica no recomendada por la OMS. **El legrado incluye 48 horas de internación y sedación**, en comparación con abordajes ambulatorios como podrían ser la indicación de misoprostol o la AMEU. La auditoría enfatiza que no sólo repercute en prácticas poco seguras y de menor autonomía para las beneficiarias, sino en un gasto mayor injustificado.

La Superintendencia concluyó:

Al comparar entre 2021 y 2022 se evidencia una paulatina adecuación y **mayor grado de cumplimiento de la Ley 27.610** por parte de los agentes del seguro de salud.

Es importante seguir pensando **lineamientos que puedan colaborar con el mayor control sobre los agentes de salud** para garantizar el acceso a información y a las prácticas seguras.

Se destaca la necesidad de **profundizar la articulación con otros organismos**, coordinar estrategias de acción y enfatizar en la difusión de la temática entre las obras sociales del Sistema de Salud.

Nota aclaratoria: la Superintendencia de Servicios de Salud regula a las Obras Sociales Nacionales y Entidades de Medicina Prepaga. Según la Oficina de Presupuesto del Congreso, en 2021 eran 290 obras sociales y 159 entidades de medicina privada. Ver [aquí](#).
 Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Superintendencia de Servicios de Salud. Informe sobre acciones IVE/ILE en la SSSalud (2021-2022). Diciembre de 2022. Ver [aquí](#)



II. Mirada federal del acceso al aborto

- Ciudad de Buenos Aires (CABA), Entre Ríos, Jujuy, Misiones, Río Negro y Santa Fe publicaron datos sobre IVE ILE en sus reportes de gestión
- Chaco suministró información a solicitud del proyecto mirar
- En CABA, durante 2022 disminuyeron de manera considerable las internaciones y los abortos realizados quirúrgicamente
- En Misiones aumentó proporcionalmente la oferta de tratamientos ambulatorios

Seis jurisdicciones publicaron datos de IVE ILE correspondientes al 2022 en sus informes de gestión (CABA, Entre Ríos, Jujuy, Misiones, Río Negro y Santa Fe) y la provincia de Chaco suministró información a solicitud del proyecto mirar. Este es un indicador de mayor transparencia y acceso ciudadano a la información del Estado en dichas jurisdicciones.

Sólo tres jurisdicciones (CABA, Entre Ríos y Misiones) publicaron datos correspondientes a los años 2021 y 2022, permitiendo hacer comparaciones para observar su evolución en la atención de IVE

ILE. En CABA, durante 2022 disminuyeron de manera considerable las internaciones y los abortos realizados quirúrgicamente para resolución de casos de IVE ILE, si bien la proporción de IVE sobre el total de interrupciones (IVE ILE) permaneció estable (95% en 2021, 93,7% en 2022).

Proporción de IVE ILE por modalidad de tratamiento. Ciudad de Buenos Aires, 2021-2022

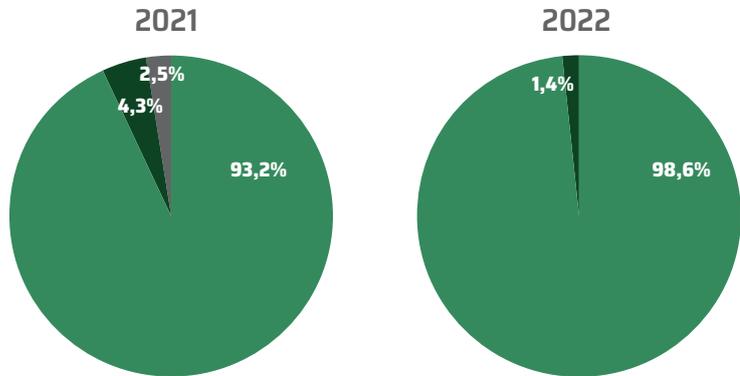
- Ambulatorio
- Internación
- Sin datos



Fuente: Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS. Situación en Salud Sexual y Reproductiva 2022.

Proporción de IVE ILE por tipo de tratamiento.
Ciudad de Buenos Aires, 2021-2022

- Farmacológico
- Quirúrgico
- Combinado

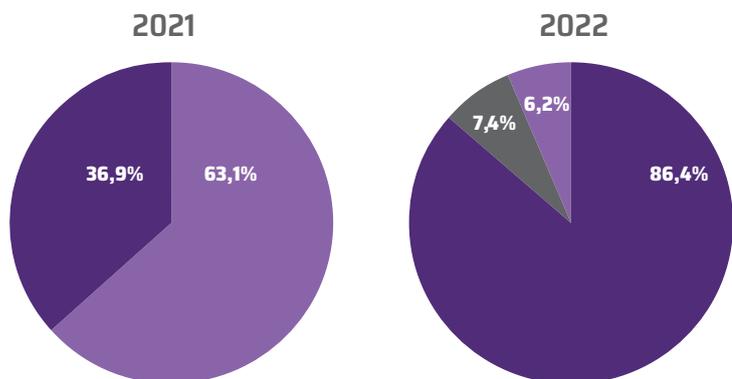


Fuente: Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS. Situación en Salud Sexual y Reproductiva 2022.

En Misiones, donde el número de intervenciones se incrementó en 2,4 veces (de 596 en 2021 a 1446 en 2022), también aumentó proporcionalmente la oferta de tratamientos ambulatorios, posiblemente debido al aumento de los centros de atención primaria de salud que ofrecen el servicio (7 en 2021, 14 en 2022).

Proporción de IVE ILE por modalidad de tratamiento.
Misiones, 2021-2022

- Ambulatorio
- Internación
- Sin dato



Fuente: Implementación de la Ley 27.610 en Misiones. Años 2021 y 2022. Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud Pública de Misiones (2023).

En 2022, Entre Ríos reporta 84,1% de casos de IVE y 5,4% de ILE. El 10,6% restante de casos sindatos se debe a que su informe contiene datos provisionarios (hasta el 22 de diciembre, confectores que aún no habían cerrado sus registros). Por tal motivo no se puede hacer comparaciones con el año 2021.

Existe dificultad para hacer evaluaciones comparativas, tanto entre las jurisdicciones como dentro de ellas en diferentes períodos de tiempo, debido a la heterogeneidad en la forma de reportar los datos. Generalmente los reportes no discriminan las IVE de acuerdo con la edad gestacional (hasta las 12 semanas y de 12 a 14,6 semanas de gesta-

ción), su práctica ambulatoria o en internación y las ILE según causal y/o edad gestacional. De la misma forma, aquellos casos que requieren internación en el segundo o tercer nivel de atención no siempre son discriminados por IVE/ILE, o por edad gestacional, o por tipo de tratamiento utilizado (farmacológico o quirúrgico). La elección del método por parte de las personas que solicitan la práctica o por parte de las y los profesionales que la brindan tampoco se ve reflejada en los reportes. Los rangos etarios también son reportados de manera diferente entre las jurisdicciones.

Los aportes de la sociedad civil de las provincias

Los resultados de una encuesta realizada en hospitales de **la provincia de Córdoba** revelan que la mayoría de las personas encuestadas no reciben capacitación sobre el uso de medicamentos para abortar. Además, los servicios de salud municipales y comunales enfatizaron que, desde la aprobación de la ley, no han recibido ningún apoyo ni orientación por parte del Ministerio de Salud de la provincia para implementar esta modalidad de interrupción del embarazo.

Aunque aún existe un nivel considerable de desconocimiento respecto a los derechos garantizados por la Ley 27.610, también se ha logrado un progreso significativo. En la **provincia de Tucumán**, el 55% de las 103 mujeres encuestadas afirmaron estar familiarizadas con la ley.

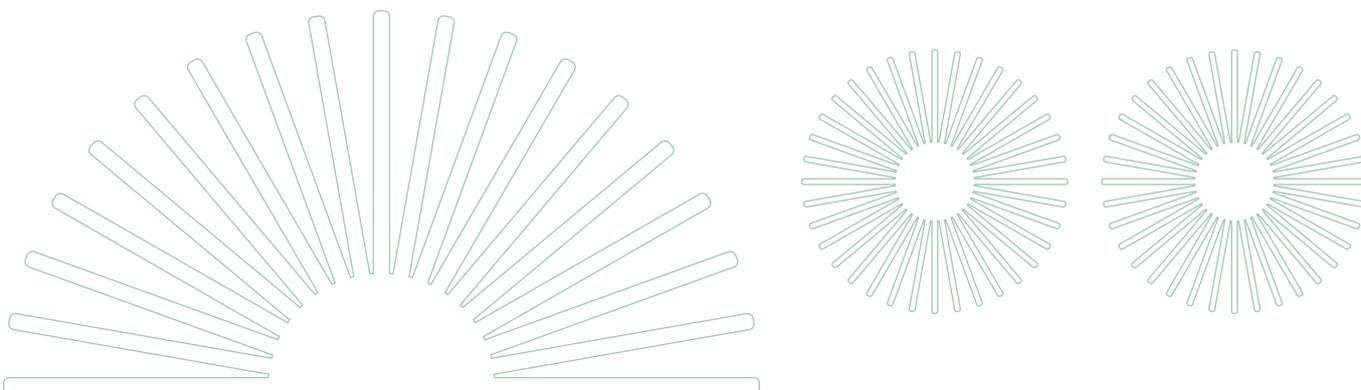
Además, se observa un aumento de la confianza y una reducción de los temores relacionados con el maltrato y la denuncia. En Tucumán, el 72% de las encuestadas manifestaron que acudirían a un hospital en caso de requerir una interrupción del embarazo, mientras que en Salta este porcentaje es ligeramente menor, de un 68%.

En Suipacha, provincia de Buenos Aires, existe preocupación debido a las condiciones edilicias deficientes y la falta de espacios adecuados en los centros de salud y hospitales. En algunas ocasiones, los profesionales se ven obligados a atender consultas por aborto en áreas inapropiadas, como la cocina, debido a la falta de consultorios externos disponibles.

En General Belgrano, provincia de Buenos Aires, tanto en los centros de salud como en la sala de guardia del hospital municipal se observa un banner y cartelería con la leyenda: “Si estás atravesando un embarazo inesperado, queremos ayudarte” y un 0800 de una red de organizaciones de carácter religioso. En el hospital también se encuentra información sobre la IVE y el 0800 222 3444 (0800 Salud Sexual) brindado por las organizaciones locales de mujeres.

En la provincia de Santa Fe se han logrado avances en la implementación de la interrupción del embarazo. Sin embargo, persisten desafíos en cuanto al acceso al aborto más allá de las 12 o 14 semanas en varios municipios. Esto genera una carga adicional en los efectores de salud que sí brindan este servicio en la provincia. Además, existe un desconocimiento por parte de profesionales de la salud sobre a quién y cómo derivar a las personas que requieren este tipo de atención.

Fuente: [Acceso a la salud sexual y reproductiva, IVE/ILE en la Provincia de Córdoba. Encuesta a efectores del Subsector de Salud Pública](#). Católicas por el Derecho a Decidir Argentina; 2022. [Monitoreo feminista de anticoncepción y aborto en Tucumán](#). Mujeres X Mujeres; 2023. [1º Monitoreo sobre Políticas Sanitarias y Salud Sexual en el Municipio de Suipacha Prov. Bs. As.](#) Colectiva Feminista Suipacha/FUSA; 2022. [1º Informe Monitoreo Social Ampliando el ejercicio de derechos General Belgrano, Prov. de Buenos Aires](#). FUSA/Fuegas, Feminismo y Diversidad; 2022. [Monitoreo santafesino de acceso a los cuidados de salud sexual](#). Centro norte de la provincia de Santa Fe. Multipalabras/Multisectorial de Mujeres de Santa Fe/Asociación Civil Palabras; 2022.



III. El aborto en la prensa argentina

- El volumen de artículos publicados en 2022 **es diez veces menor que en 2018**
- El principal tema abordado por la prensa son las expresiones políticas
- La cobertura de casos particulares se amplió. **El aborto se convierte en noticia cuando el derecho es vulnerado, la ley no se cumple o se sospecha de ello**
- Se duplicó entre 2020 y 2022 la proporción de coberturas periodísticas sobre niñas y adolescentes, en ocasiones con un tratamiento no adecuado
- El 59% de las coberturas de 2022 fueron producidas por medios nacionales
- La imagen preferida para ilustrar noticias sobre aborto son las movilizaciones
- Las coberturas de prensa muestran **un posicionamiento creciente a favor del derecho a la IVE ILE**
- Sólo un **10% de los reportes sobre aborto son escritos por periodistas varones**
- En 2022 se escribió más sobre aborto fuera del país que sobre Argentina, lo que da cuenta de cómo el aborto se ha convertido en un asunto de interés público y, por ende, periodístico

A más de dos años de la sanción de la Ley 27.610, en este nuevo relevamiento sobre las coberturas periodísticas se analiza en qué medida se mantiene el interés de los medios de comunicación por publicar sobre aborto. Adicionalmente se indaga: ¿qué aspectos son de interés? ¿De qué manera se aborda este tema? ¿Qué cambios, qué novedades interesantes pueden observarse? Estas son las preguntas que animan esta sección, con base en el análisis de las noticias publicadas en medios nacionales y provinciales de Argentina.

Metodología

La muestra se compone de **10.361 artículos informativos y de opinión publicados en 31 medios nacionales y provinciales en 2018, 2020, 2021 y 2022**. Se incluyen noticias que emplean los términos aborto, IVE, interrupción voluntaria del embarazo, ILE, interrupción legal del embarazo. La técnica empleada para la recolección del corpus de noticias fue el sistema Examedia de extracción de

páginas web mediante procesos de datamining en las versiones digitales de los medios analizados. En la primera columna está la cantidad de artículos relevados por medio en 2022, y el porcentaje por región para ese año.^{viii} En la segunda columna, el total de artículos publicados por cada medio en los años 2018, 2020, 2021 y 2022, y el porcentaje por región.

^{viii} A fines de comparabilidad definimos las regiones de Argentina siguiendo al INDEC.

Diarios seleccionados por provincia y por región. 2018, 2020, 2021 y 2022

NOA 11% 15%

Diario	Provincia	2022	Total
El Ancasti	Catamarca	0	76
El Independiente	La Rioja	5	118
El Tribuno de Jujuy	Jujuy	6	233
El Tribuno Salta	Salta	16	325
La Gaceta	Tucumán	7	534
Diario Panorama	Santiago del Estero	9	233

Patagonia 13% 11%

Diario	Provincia	2022	Total
Diario Prensa	Tierra del Fuego	0	36
Diario Río Negro	Río Negro	30	271
El Chubut	Chubut	0	145
LM Neuquén	Neuquén	10	333
Tiempo Sur	Santa Cruz	12	334

NEA 6% 11%

Diario	Provincia	2022	Total
Diario Chaco	Chaco	3	192
El Litoral Corrientes	Corrientes	10	481
La Mañana	Formosa	9	170
MisionesOnline	Misiones	3	247

Pampeana 8% 11%

Diario	Provincia	2022	Total
El Diario	Entre Ríos	4	44
El Litoral Santa Fe	Santa Fe	6	186
El Día de La Plata	Buenos Aires	3	332
La Arena	La Pampa	10	141
La Voz	Córdoba	8	482

Cuyo 4% 10%

Diario	Provincia	2022	Total
Diario de Cuyo	San Juan	9	465
El Diario de la República	San Luis	1	253
Los Andes	Mendoza	5	353

Nacionales 49% 52%

Diario	2022	Total
Clarín	34	367
El Destape Web	22	726
Infobae	33	583
La Nación	15	529
La Prensa	32	424
Página 12	51	572
Perfil	13	499
Télam	38	677

Fuente: Elaboración propia

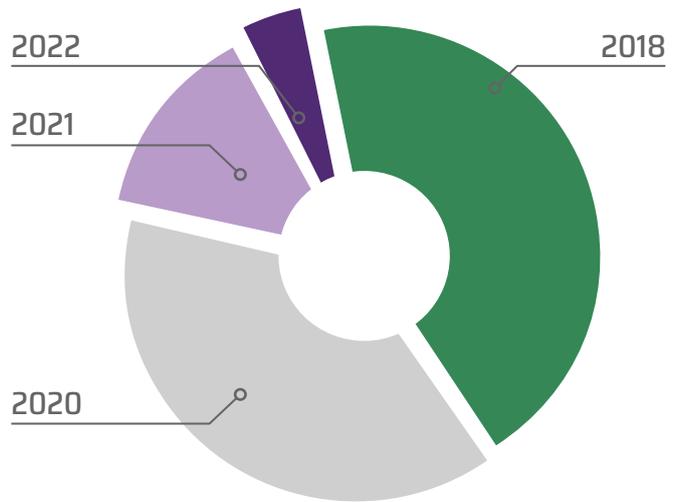
La información que aquí se presenta da continuidad al estudio [‘El aborto en la prensa argentina. 2018, 2020 y 2021’](#), en el que se empleó la misma metodología y a una línea de trabajo del proyecto mirar sobre coberturas periodísticas del tema.^{16 17}

III.1. Cambios y continuidades en la cobertura periodística

Poco a poco, y con sus bemoles, el aborto parece ser menos un tema de controversia para encontrar su lugar como derecho, también en el sistema de salud. Y esto se refleja en las noticias: **el volumen de artículos publicados en 2022 es diez veces menor que en 2018.**

Artículos sobre aborto publicados por año. Argentina 2018, 2020, 2021 y 2022

- 4667 artículos
- 3905 artículos
- 1384 artículos
- 404 artículos



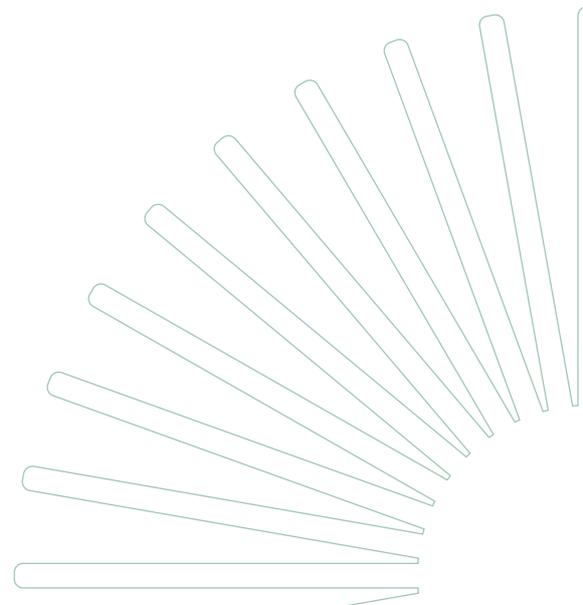
Fuente: Elaboración propia

Incluso hay medios que no publicaron ninguna noticia sobre aborto durante el 2022. Tal es el caso de El Ancaesti de Catamarca, el Diario Prensa de Tierra del Fuego y El Chubut. Resulta razonable no encontrar la explosión de artículos de 2018, durante el primer debate por la ley de interrupción voluntaria del embarazo en el Congreso. Quizás, la institucionalización del aborto como práctica de salud tenga mucho que ver con el fenómeno.

III.2. Aspectos del aborto que fueron noticia en 2022

El principal tema abordado por la prensa son las expresiones políticas: 32% del total de las notas, y cada vez más se habla del cumplimiento de la Ley 27.610 en el sistema de salud (20% en 2022).

La cobertura de casos particulares también se amplió: fueron el 17% de las notas en 2022. Estos casos muestran que el aborto se convierte en noticia cuando el derecho es vulnerado, la ley no se cumple o se sospecha de ello.





Además, se duplicó entre 2020 y 2022 la proporción de coberturas periodísticas sobre niñas y adolescentes. A diferencia de las noticias sobre casos particulares, estos artículos se cubren como policiales y su tratamiento no siempre es adecuado. Por un lado, los contenidos informan erróneamente sobre el marco legal vigente. Por ejemplo, sobre una niña de 13 años hospitalizada en la ciudad de Mendoza se informó: *“El caso pasó a la Unidad Fiscal de Delitos contra la Integridad Sexual para investigar si fue víctima de abuso sexual, mientras que los padres pidieron que se le practicara un aborto legal”* y con el subtítulo ‘Por qué se realizó la IVE’ se amplía: *“Fuera del plazo dispuesto, la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo sólo si fuera resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración jurada de la persona gestante ante el personal de salud interviniente. Pero en los casos de niñas menores de 13 años, la declaración jurada no es requerida”* (Los Andes, 01/09/22). Es decir, se da a conocer que la decisión sobre la interrupción del embarazo la toman sus progenitores amparán-

dose en que no se requiere una declaración jurada por parte de la víctima y se afirma erróneamente que ésta sería la única causal válida para acceder a un aborto después de las 14 semanas de gestación. Así, con un tono discursivo de divulgación y adherencia hacia las normas, el artículo reproduce nociones que contradicen lo establecido por la Ley 27.610: el derecho a la ILE por causa de una violación, pero también por riesgo de vida o por la salud integral de la persona gestante; así como la autonomía de las adolescentes de 13 a 16 años para decidir sobre la interrupción de su embarazo.

Por otro lado, los casos de niñas y adolescentes en ocasiones traen aparejada una espectacularización de la cobertura con titulares como *“Horror en Córdoba: tiene 12 años, su padre abusó de ella y la dejó embarazada”* (Perfil, 07/12/22) y contenidos que reproducen testimonios de programas televisivos.



Cuando las noticias refieren a temas vinculados a las mujeres, a las disidencias, o a cualquier cuestión relacionada con los derechos reproductivos, ese abordaje mediático tiende a condensar todas las operaciones sociales, políticas y mediáticas que pretenden disciplinar y ubicar a las personas en roles determinados de acuerdo con el sistema de relaciones de género.

La “**espectacularización**” como mecanismo que determina qué se informa, de qué manera, con qué imágenes y representaciones, construye sentidos, afecta las subjetividades y prácticas sociales en relación con las temáticas de género.

No obstante, los nuevos paradigmas impulsados por los feminismos y el avance en materia de derechos ponen en tensión estas formas de construir sentidos socialmente reconocidos e impulsan una transformación en el tratamiento y en la forma en que se presentan estos temas mediáticamente.

De allí la importancia de analizar críticamente estos procesos de producción, para entender el contexto que da lugar a estas técnicas de mediatización y que sacan a la luz las estrategias discursivas que se reproducen tanto en los medios como en la sociedad.

Sandra Miguez, Lic. en Comunicación Social, periodista especializada en Salud, Género y Derechos Humanos, integrante del I Foro Entrerriano por los Derechos Sexuales y Reproductivos.



Un caso donde hubo tratamiento de ambos estilos -el recurso de la espectacularización y la condena social-, pero también notas bien hechas, fue la cobertura periodística de la detención, en diciembre de 2022 de cuatro integrantes de Socorristas en Red en Villa María, Córdoba, imputadas por “ejercicio ilegal de la medicina” y de una médica por “encubrimiento”. La gravedad del suceso y la activación de redes feministas en el periodismo influyeron en un tratamiento mediático que se basó en informar sobre el proceso judicial, tendencia que siguieron agencias de noticias nacionales e internacionales. A la par, hubo producciones sobre el derecho a la información en la provisión de abortos, el modelo de acompañamiento de la salud comunitaria, el aborto autogestionado y su articulación con los servicios de salud. Se destacan, en este sentido, el Diario Río Negro y La Mañana de Neuquén con

titulares como “*Acompañar abortos no es delito*” (LM Neuquén, 26/12/22); “*El 78% que decide abortar y llama a las socorristas de Neuquén no supera las 8 semanas de gestación*” y “*Cómo se implementa la ley de aborto, escuchalo en este podcast*” (Diario Río Negro, 30/12/22). Este caso sirve para resaltar la importancia de que fuentes capacitadas en la temática trabajen en redes de confianza con periodistas: Neuquén es la provincia de referencia de las Socorristas, alianza histórica que por la cercanía geográfica impacta asimismo en Río Negro.

Además, el diario Río Negro es uno de los 9 medios de comunicación de Argentina que tiene Editora de Género, rol que desempeña la periodista Laura Loncopan Berti.

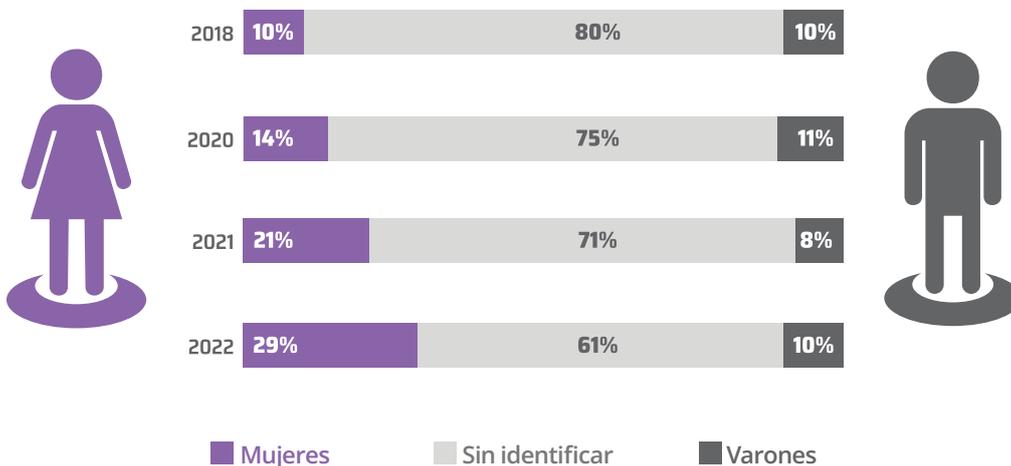
En esta nueva etapa de implementación de la ley, **disminuyó la proporción de noticias**

que refieren a acciones del Estado. En 2021 representaban el 28% de la cobertura y fue el principal tema noticiable alrededor del aborto tras su legalización. En 2022 representan solo el 6% de las notas.

Pero también hay continuidades desde 2018 a esta parte. Así, por ejemplo, se publican muchos más artículos informativos (87%) que de opinión (13%) en 2022.

Conectado a esto, se mantiene la tendencia de publicar notas sin autoría, sea por resguardar la seguridad personal de periodistas, por encubrir relaciones laborales precarias o porque se replican gacetillas de prensa sin elaboración propia. No obstante, el porcentaje de notas sin autoría ha disminuido casi 20 puntos porcentuales entre 2018 y 2022.

Autoría por año (%). 2018, 2020, 2021 y 2022



Fuente: Elaboración propia

Como en años anteriores, en 2022 se destaca el volumen de notas producidas por los medios nacionales (59%), en comparación con los provinciales.

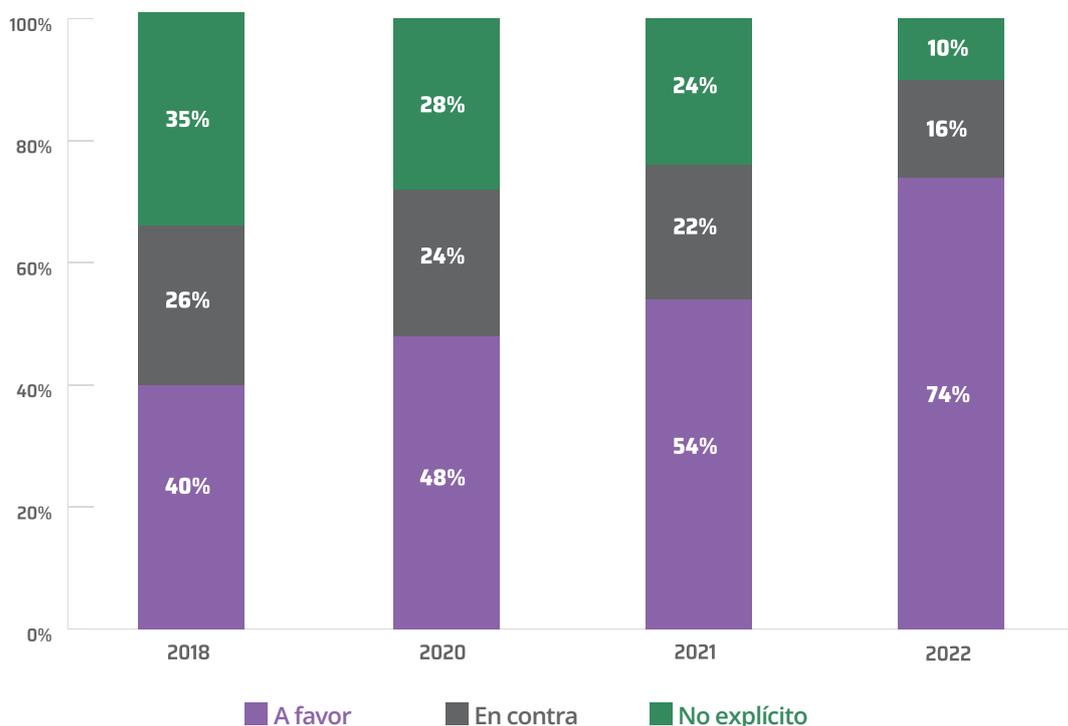
III.3. Las movilizaciones se siguen imponiendo en las imágenes periodísticas

Desde 2020 **las movilizaciones se impusieron como la imagen preferida para ilustrar noticias sobre aborto, mostrando una tendencia creciente.** Representaban el 24% de las notas en 2018, cuando los pañuelazos y las movilizaciones eran más masivos y frecuentes, y en 2022 llegaron a acompañar el 43% de las notas, a pesar de

que los artículos dedicados a las acciones de la sociedad civil representaban solamente el 19% de la muestra. Es decir, las movilizaciones son la imagen que acompaña el tema del aborto, en cualquiera de sus aristas y no solamente en noticias sobre movilizaciones.

III.4. El aborto es ley desde hace dos años y decrecen las noticias en contra del derecho

Posicionamiento de los artículos por año (%). 2018, 2020, 2021 y 2022



Fuente: Elaboración propia

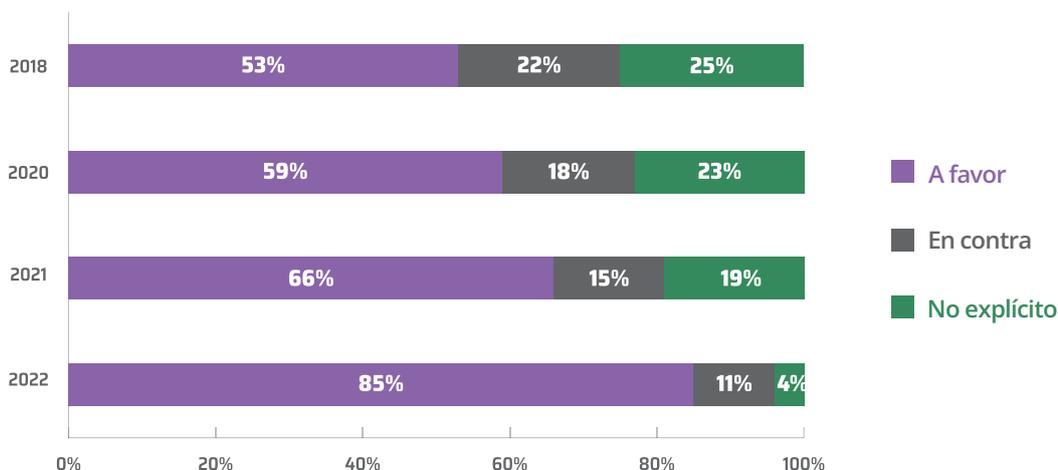
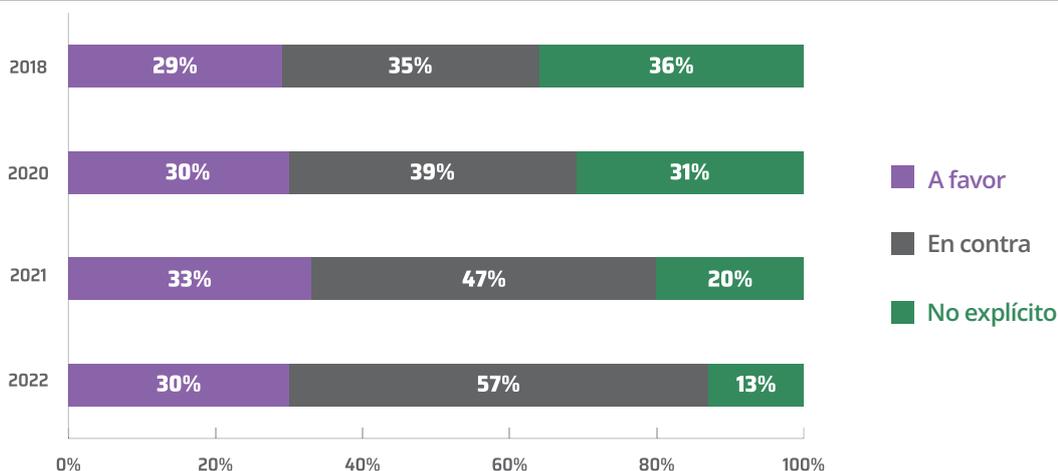
Otra continuidad identificada en las coberturas de prensa es el posicionamiento creciente a favor del derecho a la IVE. Se observa un **descenso en la proporción de artículos en contra** y, más aún, con posicionamiento no explícito, que terminan siendo más bien marginales en 2022 (10%). La excepción -como en años anteriores- sigue siendo el diario La Prensa, con 28 de sus 32 artículos explícitamente en contra del derecho.



III.5. Las periodistas escriben sobre aborto

El posicionamiento de los artículos según el género de quien escribe muestra que los varones se han posicionado crecientemente en contra del aborto y las mujeres crecientemente a favor. ^{ix} En efecto, ha crecido el porcentaje de artículos escritos por mujeres, representando casi un tercio de la muestra en 2022. **La proporción de artículos escritos por varones se mantiene estable en el tiempo, en alrededor del 10%.**

Posicionamiento de los artículos escritos por varones y mujeres(%).
2018, 2020, 2021 y 2022



*se omiten artículos sin autoría.
Fuente: Elaboración propia.

^{ix} Codificamos el nombre publicado como proxy del género del/la periodista. Entendemos desde una perspectiva de la diversidad que no necesariamente lxs autores se identifiquen con tal género.

III.6. El aborto en otros países es noticia en Argentina

Una novedad del análisis del 2022 en la cobertura del aborto fueron las noticias internacionales. Del total de las notas relevadas en 2022 en los 31 medios del país, 404 son sobre situaciones del país, y son el cuerpo de notas analizadas hasta aquí. Pero en esta pesquisa surgieron 560 noticias publicadas en los medios analizados referidas a sucesos del exterior. **Es decir, en 2022 se escribió más sobre aborto fuera del país que sobre Argentina.** La prensa local encontró estos hechos de interés suficiente como para publicar, lo que da cuenta de cómo el aborto se ha convertido en un asunto de interés público y, por ende, periodístico.

El hecho que explica en buena parte este cuantioso cuerpo de notas referidas al aborto en el extranjero es el fallo *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization* decidido en junio de 2022 por la Corte Suprema de Estados Unidos que derogó los precedentes "*Roe v. Wade*" (1973) y "*Planned Parenthood of Southeastern P. v. Casey*" (1992), que ha-

bían sostenido el derecho constitucional al aborto considerándolo un asunto privado de la relación médico paciente. De los 560 artículos sobre el aborto en el exterior, el 74% refieren a este episodio, ya sean notas informativas o de opinión. Pero también cabe destacar que el resto de las noticias internacionales convierten en noticia al aborto en países tan diversos como Brasil, Colombia, España, Francia, México, El Salvador, Alemania, Reino Unido, Canadá, Chile, Hungría, Guatemala, China, Cuba, Ecuador, Honduras, Países Bajos, Perú y Puerto Rico. Se encontraron también artículos que trataban comparativamente la situación del aborto en América Latina, la Unión Europea o a nivel global.

De esta manera, el aborto sigue en agenda en Argentina, aunque la noticia surja en otros países, cumpliendo el periodismo un rol destacado brindando información vinculado a la Ley 27.610.





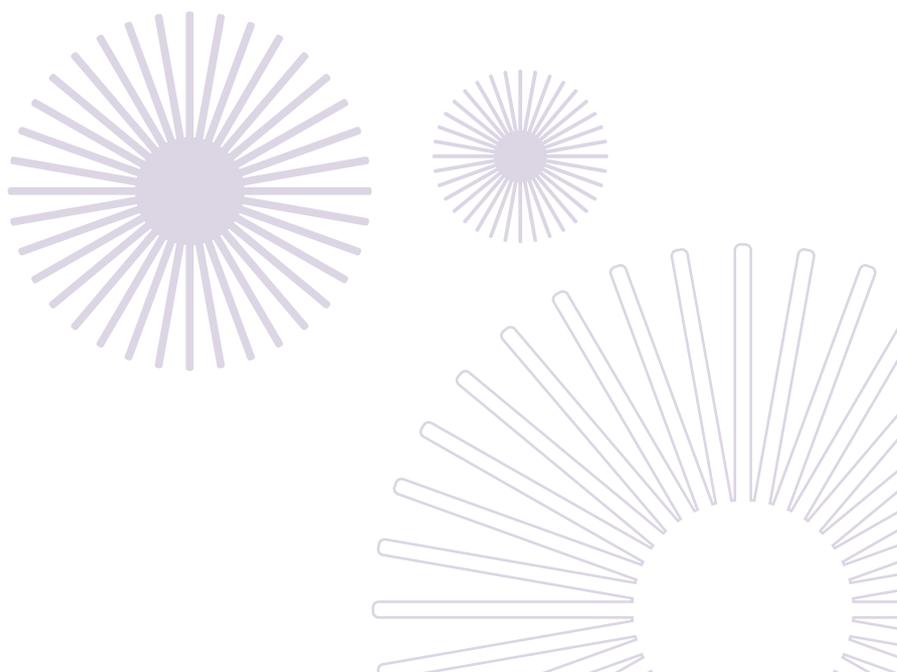
III.7. El aborto, una oportunidad para hacer noticiables otros temas urgentes

En 2005, el tema del aborto llegó a la prensa argentina con una fuerte carga negativa, asociándolo con el pecado, la criminalidad, el riesgo y la muerte.¹⁸ Las imágenes utilizadas en la cobertura también eran sombrías y acordes con este enfoque.^{19 20 21}

Sin embargo, en 2018 hubo un cambio significativo en la forma en que se abordó el tema en los medios. Se produjo un debate legislativo y movilizaciones masivas a favor del derecho al aborto, conocidas como la "marea verde". Esto llevó a una mayor pluralidad de argumentos, opiniones y voces en la cobertura periodística. Además, se comenzaron a compartir historias personales de mujeres y se visibilizó la importancia de la salud pública y las demandas sociales relacionadas con el aborto. Después de la aprobación de la ley en 2020, los medios continúan interesados en el tema y siguen informando sobre su implementación y casos en los que se violan los derechos establecidos.

Este cambio en la cobertura del aborto abre la oportunidad para que los medios aborden otras

temáticas de interés público y adopten una perspectiva de derechos y género en su comunicación: el deber de resguardar la confidencialidad de pacientes en tiempos donde se discute sobre la historia clínica electrónica; el acceso y precios de medicamentos -incluido el misoprostol y la mifepristona- pero también otros esenciales; el rol de enfermeras y obstétricas, a quienes aún las leyes locales les restringen sus incumbencias pese al potencial de estas profesionales para mejorar el acceso y la calidad de la atención de la salud; la violencia institucional e interpersonal, y los escollos que aún tienen las personas con discapacidad para conocer sus opciones y elegir con autonomía.



Destacados

En esta sección de cierre nos interesa destacar algunos aspectos del análisis presentado que revelan particularidades del segundo año de implementación de la política de acceso al aborto. **Entre éstos se incluyen señales alentadoras y otras que denotan dificultades en el cumplimiento pleno de la Ley 27.610.**

El reporte muestra que la política **siguió priorizando el suministro de insumos**, uno de los pilares del acceso al aborto. En el transcurso del año 2022 se aseguró el financiamiento para la adquisición de tratamientos de misoprostol y se logró la inclusión de la mifepristona, un medicamento de alta calidad y eficacia, autorizado por ANMAT.

Además, se consolidaron y pusieron en marcha iniciativas para la **producción de medicamentos para el aborto** en laboratorios públicos de diversas provincias durante el 2022, ampliando las opciones de compra de los estados nacional y provinciales. A futuro, habrá que evaluar el impacto de la oferta de laboratorios públicos y del laboratorio privado autorizado a comercializar la droga sobre el precio en las compras públicas y en las farmacias.

Otro aspecto destacado es el aumento en la **oferta de servicios de aborto**, a un ritmo más acelerado que en el año 2021 en todas las provincias del país. Sin duda este es un indicio positivo, aunque todavía resta igualar oportunidades de acceso en aquellos lugares más remotos y en poblaciones con necesidades específicas. Es razonable esperar que esta tendencia pueda encontrar un techo en un plazo cercano dadas las restricciones en la disponibilidad y distribución de los especialistas en el primer nivel de atención y en los otros niveles del sistema. Siguiendo las experiencias de políticas de acceso al aborto y las recomendaciones de la OMS, será crucial involucrar a otros profesionales, como las obstétricas y las enfermeras, en la consejería y la provisión de los abortos. Este es sin duda un pendiente que la Argentina tiene.^{22 23}

La producción, el análisis y la difusión de información sobre los procesos y resultados de la po-

lítica, tanto a nivel nacional como subnacional, siguen mostrando un déficit importante a pesar de los esfuerzos realizados hasta el momento por parte de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva a través de sus informes de gestión.

Con relación a la disponibilidad de información nos interesa destacar varias cuestiones. En primer lugar, la falta de un sistema de registro estandarizado de orden nacional que permitiría conocer el desempeño de cada servicio de IVE ILE, el perfil de las personas que acceden y el tipo de tratamiento recibido.

En contraste con este déficit, es destacable la cantidad de iniciativas emprendidas por diversas organizaciones de la sociedad civil para observar la implementación de la política de aborto. Una selección de sus aportes ha sido incorporada en este reporte, dando cuenta de avances y signos de alarma en distintos lugares del país, como Córdoba, Tucumán y provincia de Buenos Aires.

En segundo lugar, es notable la falta de una normativa que establezca un mecanismo rutinario para el reporte sistemático de las prestaciones de aborto realizadas por las obras sociales y las prepagas. Aun cuando se cuenta con un reporte de la Superintendencia de Servicios de Salud -destacable como signo positivo-, la información allí provista es parcial porque no cubre el 100% de las obras sociales sobre las que ese organismo tiene jurisdicción. Por otro lado, no se dispone de este tipo de información en el caso de las obras sociales provinciales que son las que nuclea el empleo público con una amplia población de mujeres. Y menos aún se conoce la performance de los seguros de salud privados y su cumplimiento de la Ley 27.610.



También en materia de información es de destacar que no todas las provincias producen informes de gestión para reportar las acciones y los resultados de la política de acceso al aborto -como la compra de insumos, la capacitación de equipos, los servicios disponibles y/o el número de abortos realizados (desglosados por edad gestacional, tipo de intervención, edad de la persona, entre otras variables críticas)-. Este tipo de informes es el mecanismo más simple de rendición de cuentas que los ministerios de salud de las provincias tienen y que, de elaborarse y publicarse, muestran el compromiso de rendir cuentas sobre el cumplimiento de la ley y permiten observar la performance de la política e identificar cuellos de botella y tendencias.

En esta línea, también es destacable que aquellas provincias que reportan no utilizan los mismos criterios para analizar la información, lo que torna dificultosa -cuando no imposible- la agregación y comparación de los datos. Sin duda la autonomía de las provincias en un sistema federal debe ser respetada, pero las buenas prácticas de rendición de cuentas deben seguir estándares de calidad entre los cuales se cuenta la comparabilidad de la información. Utilizar los mismos criterios para analizar y reportar la información no debería ser tan complejo ya que no está alejado de las posibilidades de los equipos técnicos de las provincias visto que se cuenta con estándares validados internacionalmente.

Por último, el reporte da cuenta de que persiste la falta de información sobre la calidad de los servicios de aborto. El déficit en esta dimensión atenta contra la posibilidad de identificar violaciones de derechos y dificulta la intervención eficaz y oportuna para desterrar prácticas nocivas.

Este reporte incluyó información sobre las muertes maternas. Si bien la prevención y reducción de las muertes maternas no son el foco de la política de acceso al aborto, esta política puede contribuir a ello creando oportunidades de acceso al aborto seguro. Por ello se subraya que el número absoluto de muertes maternas por aborto se

haya reducido a la mitad en el segundo año, luego de la aprobación de la Ley 27.610. De todos modos, la observación de las muertes en el período que el reporte analiza lleva a concluir la necesidad de monitorear -más aún que antes- el comportamiento de este indicador a futuro.

La pandemia por COVID tuvo su impacto en las muertes maternas e implicó un aumento importante del número absoluto de estas muertes debidas al COVID y de la razón de mortalidad materna. Pero este impacto negativo de la pandemia no debe restar importancia al dato de que la estructura de causas sigue mostrando que las causas indirectas tienen un peso relativo considerable. Sabemos que estas muertes podrían evitarse de mediar la oportunidad de esas personas de recibir una buena consejería para tomar decisiones sobre si recurrir o no al aborto seguro. Por ello, la observancia de estos números y de las causas de esas muertes maternas por patologías preexistentes al embarazo es un imperativo de la política de acceso al aborto.



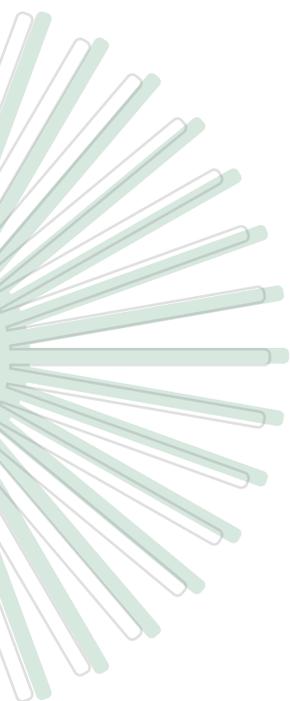


Para cerrar este reporte nos interesa **compartir tres reflexiones sobre el futuro** para pensar el desempeño de la política un paso más adelante, imaginando diversos escenarios e identificando retos estratégicos que nos permitan prever situaciones para fortalecer la plena implementación de la Ley 27.610 y contrarrestar las amenazas que puedan presentarse.

01.

En primer lugar se observan señales preocupantes en el actual contexto, que se materializan en la aparición de cartillas religiosas en los servicios de salud, en intentos de poner en marcha servicios confesionales de acompañamiento a las mujeres embarazadas dentro de hospitales con el fin de evitar sus decisiones de abortar, en la reducción de notas sobre el tema en los medios y finalmente, y de modo notorio, las declaraciones públicas de candidatos presidenciales acerca de la necesidad de derogar la Ley 27.610.

02.



En segundo lugar, la política de acceso al aborto requiere avanzar en una etapa de ajustes precisos, de “sintonía fina”. Debemos identificar y abordar las barreras regulatorias y estructurales que impiden que la política siga consolidándose. Por ejemplo, necesitamos explicitar y hacer realidad la obligación de todos los subsistemas de seguridad social y de la medicina prepaga de informar sobre las prestaciones de aborto, de modo de contar con información sanitaria completa en todo el país y a lo largo de todo el sistema de salud, y no solo público. También nos referimos a la regulación sobre las incumbencias de perfiles profesionales -como las obstétricas y enfermeras- para ampliar sus competencias y funciones en consonancia con las recomendaciones internacionales. Involucrar esos nuevos recursos humanos en la atención de la salud sexual y reproductiva y, en particular, en la provisión de los abortos permitiría ampliar el acceso y mejorar la calidad de la atención visto que, por formación y práctica, estos perfiles están en condiciones de aportar atributos vinculados a la atención centrada en la persona.

Es importante replantear la necesidad de solicitar una receta archivada por duplicado para la compra de misoprostol. Esta medida se aplica generalmente a medicamentos que requieren un control riguroso y una vigilancia constante debido a su naturaleza peligrosa o a su alto costo. Sin embargo, el misoprostol no entra en ninguna de estas categorías, ya que es un medicamento seguro y de bajo costo. La receta archivada por duplicado implica incluir información personal, datos del profesional y el diagnóstico, lo que puede representar un riesgo para la confidencialidad de los pacientes. Dado que el misoprostol no presenta riesgos adictivos ni efectos colaterales significativos y su costo es accesible, no existe una justificación válida para exponer la confidencialidad de los pacientes con este tipo de requisito. Es necesario revisar las regulaciones relacionadas con la compra de misoprostol, eliminando la exigencia de receta archivada por duplicado y garantizando la confidencialidad de las pacientes sin comprometer la seguridad ni la calidad de la atención médica.



03.

Por último, queremos destacar que la política de acceso al aborto no sólo ha mostrado un desempeño positivo en términos de cumplimiento de los mandatos de la Ley 27.610, sino que también ha generado prácticas ejemplares en cuanto al diseño, implementación y evaluación, y de provisión de servicios de salud. Tal es el caso del aseguramiento de insumos, los esfuerzos recientes por la ampliación de funciones (llamada tareas compartidas) para incluir a nuevas especialidades de la salud, el énfasis puesto en el resguardo de la confidencialidad y la consejería. La política pública de aborto ha generado valiosos conocimientos y prácticas que pueden ser aprovechados en otras políticas sanitarias, contribuyendo así a la mejora continua y al fortalecimiento del sistema de salud en su conjunto.

A dos años de la sanción de la Ley 27.610, y posiblemente por primera vez, miles de niñas, adolescentes, mujeres y otras personas gestantes han accedido al aborto seguro protegidas por un derecho reconocido ahora sí oficialmente. Sin embargo, aún quedan desafíos por enfrentar para que la política de acceso al aborto continúe contribuyendo al ejercicio de decisiones libres e informadas sobre la sexualidad y la capacidad reproductiva, más cerca de la vida cotidiana y de los deseos de las personas.



Referencias

1. *Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo [Abortion care guideline: executive summary]*. Organización Mundial de la Salud; 2022. Consultado Junio 22, 2023. [Disponible aquí](#)
2. *Centro Centroamericano de Población. Tasa Específica De Fecundidad por Edad (TEFE)*. Julio 27, 1999. Consultado Junio 22, 2023. [Disponible aquí](#)
3. UNFPA Argentina. *En países en desarrollo: casi un tercio de las mujeres que tuvieron su primer/a hijo/a son adolescentes*. Julio 9, 2022. Consultado Junio 22, 2023. [Disponible aquí](#)
4. *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima Revisión, 1992. Publicación Científica Nro. 554*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1995.
5. Chapman E, Ramos S, Romero M, et al. *Diagnóstico rápido de los determinantes y factores contribuyentes al aumento de la mortalidad materna y perinatal durante la pandemia de COVID-19 en la región de América Latina y el Caribe*. Resumen Ejecutivo. CEDES; 2022. Consultado Junio 22, 2023. [Disponible aquí](#)
6. *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio*. Organización Mundial de la Salud; 2012.
7. Calvert C, John J, Nzvere FP, et al. *Maternal mortality in the covid-19 pandemic: findings from a rapid systematic review*. Glob Health Action. 2021;14(sup1):1974677. [Disponible aquí](#)
8. PNUD. *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015*. Julio 2, 2015. Consultado Junio 22, 2023. [Ver más](#)
9. Bárcena A. *América Latina y el Caribe: Hacia una agenda para el desarrollo post-2015*. CEPAL; Agosto 28-29, 2014; Santiago de Chile, Chile. Consultado Junio 22, 2023. [Disponible aquí](#)
10. *Ending preventable maternal mortality (EPMM): a renewed focus for improving maternal and newborn health and well-being*. World Health Organization; 2021. Consultado Junio 22, 2023. [Disponible aquí](#)
11. *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas; 2018. Consultado Junio 22, 2023. [Disponible aquí](#)
12. *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. World Health Organization; 2023. Consultado Junio 22, 2023. [Disponible aquí](#)
13. Santa Fe Provincia, Noticias. *El LIF distribuye medicamentos a más de 8.000 centros de salud del país a través del Programa Nacional Remediar*. Octubre 3, 2022. Consultado Junio 22, 2023. [Ver más](#)



14. Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Estadísticas Abril 2007–30 de Mayo 2023. Gobierno de la Ciudad de México; 2023. Consultado Junio 22, 2023. [Disponible aquí](#)
15. Aborto en cifras – 2020. MYSU; Observatorio Nacional en Género y Políticas de Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay; 2020. Consultado Junio 22, 2023. [Disponible aquí](#)
16. Krause M, Ramón Michel A, Molina S, et al. *Proyecto mirar: el aborto en la prensa argentina 2018, 2020 y 2021*. CEDES; Ibis Reproductive Health; 2022. Consultado Junio 22, 2023. [Disponible aquí](#)
17. Pérez S, Aymá A, Moragas F, Kejner E. *Análisis de la cobertura periodística del debate legislativo sobre la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo: Resumen ejecutivo*. CEDES; IBIS Reproductive Health; 2021. Consultado Junio 22, 2023. [Disponible aquí](#)
18. Carbajal M. *El aborto en debate. Aportes para una discusión pendiente*. Paidós; 2009.
19. Laudano C. *Reflexiones en torno a las imágenes fetales en la esfera pública y la noción de 'vida' en los discursos contrarios de la legalización del aborto*. Temas de Mujeres, 2012;VIII(8).
20. Vacarezza N. *Política de los afectos, tecnologías de visualización y usos del terror en los discursos de los grupos contrarios a la legalización del aborto*. En Zurbriggen R, Anzorena C., comps. *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*. Ediciones Herramienta; 2013.
21. Del Manzo MB. *Voces, cuerpos y derechos en disputa. La construcción discursiva del "aborto" en los diarios Clarín, La Nación y Página/12 (2010-2011)*. Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de La Plata; 2019. Consultado Junio 22, 2023. [Disponible aquí](#)
22. Ariza S, Sciurano G, Ramos S. *Fortalecimiento de las competencias y funciones de las obstétricas-os en la Argentina: un tema estratégico* (El trabajo obstétrico en la salud sexual y reproductiva; 1). CEDES; 2022. Consultado Junio 22, 2023. [Disponible aquí](#)
23. Ramón Michel A, Luchetti G, Ladenheim R, et al. *Tareas compartidas: una oportunidad para la atención del aborto en Argentina (El aborto en la formación de la salud; 3)*. CEDES; 2022. Consultado Junio 22, 2023. [Disponible aquí](#)

www.projectomirar.org.ar

www.ibisreproductivehealth.org

www.cedes.org

projectomirar@gmail.com



cedesarg



cedes_org



cedes.org



Centro de Estudios de
Estado y Sociedad (CEDES)



cedes_org



IbisRH



IbisReproductiveHealth



ibis-reproductive-health

