

Reporte anual 2025: El reto de sostener el aborto legal en Argentina



 **CEDES**


Ibis
Reproductive
Health



Reporte anual 2025: el reto de sostener el aborto legal en Argentina / Agustina Ramón Michel ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2026.

Libro digital, PDF

Archivo Digital disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4852>

ISBN 978-631-90872-7-7

1. Aborto Legal. 2. Acceso a la Salud. 3. Salud Pública. I. Ramón Michel, Agustina

CDD 342.084

Autoras

Ramón Michel, Agustina

Ramos, Silvina

Romero, Mariana

Ariza Navarrete, Sonia

Benetti Catarineu, Celeste

Guberman, Daniela

Edición: Silvina Molina

Agradecemos la colaboración de Valeria Isla y Carla Mora Augier

Diseño y diagramación: Marcela Romero | Casa Estudio

Cita recomendada:

Agustina Ramón Michel ... [et al.] Reporte anual 2025: el reto de sostener el aborto legal en Argentina - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), 2026. Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4852>

Este reporte fue finalizado el 4 de septiembre de 2026



Índice

* Presentación	4
* Contexto político	5
* Aborto en números: acceso y calidad de los abortos en 2025	9
* Desfinanciamiento de la anticoncepción: una decisión desacertada por varios lados	16
* Las obstétricas hacen la diferencia. Ampliación de tareas para la interrupción del embarazo en la provincia de Mendoza	18
* El monitoreo de la sociedad civil: una mirada con foco en el territorio	20
* El acompañamiento de Socorristas en Red	25
* Panorama jurídico	26
* Argentina adhiere al Consenso de Ginebra: un gesto político sin efectos jurídicos	34
* Mortalidad materna, una deuda que se acrecienta	35
* Descenso de la natalidad y fecundidad en Argentina. Una alarma innecesaria, una oportunidad para pensar el futuro	38
* Mensajes finales	41



Presentación

Este reporte anual de proyecto mirar presenta la situación del acceso al aborto en la Argentina durante el 2025 y parte del 2026. Como los reportes previos, actualiza y sistematiza información cuantitativa y cualitativa obtenida a partir de diversas fuentes.

En primer lugar, se presenta una síntesis del contexto político nacional, como marco de referencia de lectura para las siguientes secciones.

Luego, se comparte información cuantitativa reportada por las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Ministerio de Salud de la Nación, a través de los pedidos de acceso a la información pública solicitados por proyecto mirar a las autoridades sanitarias sobre la implementación y los resultados de la política de acceso al aborto en 2025. Se incluyen también los principales hallazgos de los monitoreos realizados por diversas organizaciones de la sociedad civil en algunas provincias del país durante ese año.

A continuación, se desarrolla un panorama jurídico, que da cuenta de las iniciativas normativas presentadas en materia de aborto y de salud sexual y reproductiva en general entre agosto de 2025 y julio de 2026. Se incluyen también otros procesos iniciados en el ámbito de los poderes ejecutivo y judicial.

Por último, se incorporan dos secciones con consideraciones conceptuales y técnicas en torno a dos temas que han tenido fuerte visibilización en la agenda de la salud sexual y reproductiva en el último año: el aumento de la mortalidad materna y el descenso de la natalidad.



Contexto político

1. Destacados principales del contexto político

El aborto volvió a aparecer en la agenda del gobierno con la firma del acuerdo de Ginebra y en declaraciones del presidente.

Una agenda ecléctica va ganando lugar, amenazando políticas públicas y derechos vinculados al género, con particular énfasis en la educación sexual integral, la natalidad y las “falsas” denuncias por violencia de género.

Las políticas del gabinete nacional siguen centradas, ante todo, en la agenda económica.

2. La coyuntura 2026

El dato más significativo de los últimos doce meses para las políticas de salud sexual y reproductiva es que la crítica al aborto volvió a la agenda del gobierno nacional después de un largo letargo. En su presentación en el Council of Americas en Buenos Aires en agosto, el presidente Javier Milei criticó el aborto legal con expresiones escabrosas y lo responsabilizó por la caída de la natalidad. Semanas antes, el gobierno argentino había ratificado su adhesión a la Declaración del Consenso de Ginebra sobre la Promoción de la Salud de la Mujer y el Fortalecimiento de la Familia¹ que establece que la vida humana debe ser protegida “desde su concepción”. Aunque la declaración no es un tratado de derecho internacional que obligue al Estado argentino, sino un documento meramente declarativo impulsado por el gobierno de los Estados Unidos, su rúbrica confirma la oposición del gobierno actual al aborto legal. El contexto de este “despertar” de la crítica al aborto legal se completa con tres datos. Primero, que el gobierno de los Estados Unidos volvió a ratificar el Consenso de Ginebra durante la presidencia de Donald Trump después de haberse retirado durante la gestión anterior de Joe Biden. Segundo, que la adhesión a la Declaración del Consenso de Ginebra (ver sobre esto, más adelante en este reporte) se dio en el mismo momento en el que se celebraba la sexta reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, que impulsa la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En tercer lugar, pocas semanas antes de la adhesión a la declaración y del discurso del presidente Milei en el Council of Americas, el Vaticano había confirmado la visita del Papa León XIV a la Argentina.

¹ <https://x.com/pabloquirno/status/2088038209708315109>

En paralelo, un informe de las consultoras Alaska y Trespuntozero² indica que el **60% de las personas encuestadas cree que el gobierno debe enfocarse en los problemas económicos antes que en la batalla cultural**, mientras que sólo un 3% espera que el gobierno priorice la batalla cultural. Sin embargo, un 30% espera que el gobierno priorice ambas agendas. Según este relevamiento, la priorización de la agenda económica sobre la cultural creció desde el inicio del gobierno. Con una pregunta específica sobre el derecho al aborto, el informe indica que el **52,7% no está de acuerdo con volver a prohibir el aborto**, el 36,4% sí y un 10,9% no sabe. **Los datos comparativos entre enero de 2025 y junio de 2026 indican que la proporción que expresó estar de acuerdo con volver a prohibir el aborto se redujo.** Por último, este informe refleja una mirada crítica sobre “el feminismo”: el 47% respondió que el feminismo “ha intentado imponer un modelo de vida y pensamiento negativo para las personas y el país”, mientras que el 38,9% respondió que el feminismo “ha promovido una sociedad más justa e igualitaria” y el 14,1% respondió que “no sabe”. No es una novedad: durante 2025, encuestas de las consultoras Pulsar y Zuban Córdoba mostraron resultados en la misma línea. Para Pulsar, en 2025 el respaldo y el rechazo al aborto legal se dividía por mitades, aunque un 24% mostró más apoyo que rechazo al aborto legal, con 53% de encuestados a favor y 46% en contra³.

En el terreno concreto de las políticas públicas, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se vieron afectados en las mismas áreas que en el 2024: el vaciamiento del Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA) y la desfinanciación de la compra de insumos para el aborto legal, entre otros programas. Interpretamos esto en un marco más amplio que el de la discusión por los derechos de las mujeres o la *batalla cultural*: retiro del financiamiento y del rol rector son vectores generalizados en el campo de la salud que se mantienen vigentes desde el inicio de la gestión de Javier Milei. Como consecuencia, los temas de la agenda sanitaria siguen en el debate político. Entre los episodios más resonantes de los últimos doce meses se destacan el conflicto del Hospital Garrahan, la emergencia en discapacidad, la reforma de las residencias médicas, y la desregulación del mercado de medicamentos.

No obstante el foco fiscalista y económico que domina la mayor parte de la política pública, es importante advertir que representantes y aliados del oficialismo impulsan otras discusiones que pueden afectar la agenda de género y los derechos de las mujeres, en particular. Tres se destacan: i) la discusión sobre “falsas” denuncias, impulsada por la senadora nacional Carolina Losada, representante de la provincia de Santa Fe por la Unión Cívica Radical y aliada al gobierno; ii) la discusión sobre educación sexual (ESI), impulsada por la Vicejefa de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Clara Muzzio; iii) el proyecto legislativo

2 Alaska y Trespuntozero (2026). [Informe No la ven. El debate público: la batalla cultural - Tercera edición](#)

3 Pulsar UBA (2025). [Cuarto Informe Creencias sociales 2025. Estado, mercado y derechos en la Argentina actual](#)

para regular el *lobby*, impulsado por el Poder Ejecutivo que podría socavar el trabajo de la sociedad civil.

En primer lugar, el proyecto legislativo para agravar las penas vinculadas a “falsas” denuncias todavía no reunió el apoyo legislativo necesario para ser discutido en el recinto si bien recibió dictamen de comisión en abril de 2026. El dictamen contempla agravamiento de penas para “falsas” denuncias sobre violencia de género, violencia contra niñas y niños o delitos contra la integridad sexual. Este proyecto confunde o desvía las discusiones sobre la asistencia y la respuesta judicial a las víctimas de violencia de género.

En segundo lugar, la discusión sobre ESI aparece en una agenda más amplia que incluye debates sobre natalidad, familia, identidad de género y aborto. En julio, en la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires tuvo lugar el encuentro “Libertad para el Futuro: una agenda política por la natalidad y la protección de la infancia”, del que participaron Muzzio y otros referentes del Pro y La Libertad Avanza. Con la visibilidad que le da su rol en el gobierno, Muzzio va haciendo un lugar para estos temas entre los círculos más politizados de la capital del país (sobre tema natalidad, ver más adelante en este reporte) trayendo a escena un posicionamiento político-ideológico que tiene sus antecedentes y trayectoria en nuestro país y en el mundo: el poblacionismo, donde el centro de interés está puesto en el Estado y no en las decisiones personales sobre si tener hijos, cuántos y con qué intervalo. Fue este paradigma el que se intentó dejar atrás hace 30 años, con la Conferencia de Población de El Cairo y otras conferencias, la Constitución Nacional de 1994, y varias leyes sancionadas desde entonces a nivel nacional y provincial.

Por último, el proyecto de ley del Poder Ejecutivo, denominado “Transparencia y Publicidad de la Gestión de Intereses” para regular el *lobby*, podría afectar a las organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la defensa de los derechos de las mujeres. El proyecto propone la creación de un Registro Público de Gestores de Intereses en el que tengan que inscribirse obligatoriamente personas humanas y físicas que gestionen intereses. El proyecto de ley incluye multas económicas, inhabilitaciones y hasta prisión para quienes consignen información falsa, no presenten los reportes o gestionen intereses sin estar inscriptos en el registro. Este proyecto merece nuestra atención porque podría ser expresión de una tendencia internacional de socavar la acción de la sociedad civil mediante legislación y regulaciones que condicionan o amenazan la existencia de organizaciones independientes. En América Latina, vemos este fenómeno en Perú, Costa Rica, Paraguay, Nicaragua, Guatemala o El Salvador.

Ahora bien, fuera de la órbita de la salud, la agenda política del gobierno tuvo logros y tropiezos. El 2026 comenzó con victorias legislativas que, no obstante, terminaron opacados por la crisis por los gastos del Jefe de Gabinete, Manuel Adorni, y el apoyo incondicional del Presidente de la Nación. Y, en las últimas

semanas, la discusión vuelve a enfocarse en la situación económica y en la política económica del gobierno. Finalmente, los análisis de opinión pública muestran caídas en la imagen del gobierno.

Tres corolarios sobre el contexto político

- * El gobierno nacional mantiene su crítica a la agenda de género y derechos sexuales y reproductivos y específicamente al aborto legal, aunque la *batalla cultural* ocupó mucho más lugar en la campaña presidencial de 2023 que en los proyectos de los tres años de gobierno. **La agenda económica sigue siendo el vector fundamental de la política pública** y la discusión con el kirchnerismo y la izquierda, el tema dominante en los discursos de los referentes de La Libertad Avanza. En el mismo sentido, ninguno de los críticos más recalcitrantes de la agenda de género y del feminismo, que destacaron como propagandistas de La Libertad Avanza, tienen cargos de primera línea ni oficiales en el gabinete u otras áreas de gobierno, aunque tienen incidencia en la comunicación presidencial.
- * Entre los tópicos de la *batalla cultural*, las personas migrantes -y en particular su acceso a servicios gratuitos y subsidios- fue un tema más presente que los de género y feminismo. Por ejemplo, durante la discusión sobre la reforma de las residencias médicas y con el arancelamiento de servicios de salud. Entre los temas de la agenda de género, se registraron más debates sobre femicidios y denuncias de violencia que sobre derechos sexuales y reproductivos.
El sostenido apoyo de la mayoría de la sociedad a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, se mantiene como sugieren los estudios de opinión pública realizados en 2025 y 2026.
- * El retiro del financiamiento y del rol rector constituyen una política generalizada del Gobierno en materia sanitaria, que también afecta el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, y **obliga al movimiento feminista y de mujeres a concentrar esfuerzos en defender políticas y derechos locales y nacionales ya conquistados.**



Aborto en números: acceso y calidad de los abortos en 2025

En 2025 se realizaron 87.603 abortos en 20 provincias en el sector público.

La tasa de aborto por mujer se mantiene.

En el sector público hay 1.846 efectores que garantizan IVE ILE.

La mayoría de los abortos se realizan con medicamentos.

Frente a la decisión del Ministerio de Salud de la Nación de discontinuar la compra de insumos para los servicios de aborto, 13 provincias sostuvieron el acceso con presupuesto propio.

¿De dónde proviene la información?

Desde 2022 los reportes anuales del proyecto mirar se basan en las respuestas a los pedidos de acceso a la información pública de los programas de salud sexual y reproductiva de las 24 provincias, y de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSyR). Estos pedidos se amparan en la Ley 27.275 que promueve la participación ciudadana y la transparencia de la gestión pública. La información e indicadores que se solicitan se complementan con otras fuentes públicas como las estimaciones realizadas a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2022 o las estadísticas vitales.

Se recibieron respuestas de 16 jurisdicciones⁴ con cobertura heterogénea de los datos, pero que reflejan la voluntad política de esas provincias de rendición de cuentas a la sociedad civil. **También se recibió respuesta de la DNSSyR que reporta datos parciales de algunas provincias.**

⁴ Los pedidos de acceso a la información pública fueron respondidos por las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (AelAS), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Con este último informe se pudo completar el número de IVE ILE de Corrientes, San Juan, San Luis y Tucumán.

¿Cuántos abortos fueron asistidos en el sector público?

Tomando como base la información enviada se calculó el número de interrupciones voluntarias (IVE) y legales (ILE) realizadas en 20 provincias dentro del subsector público de salud. El número total de abortos fue de **87.603**, sin cambios significativos respecto de lo observado para estas mismas jurisdicciones en 2024.

Número de IVE ILE. Provincias seleccionadas, 2025

Jurisdicción	IVE ILE 2025
Buenos Aires	41.446
CABA	9.458 situaciones asistidas*
Córdoba	9.341
Chaco	1.376
Chubut	805 mujeres atendidas*
Corrientes	1.933
Entre Ríos	1.360
Jujuy	1.973
La Pampa	403
La Rioja	1.101
Mendoza	3.370 (eventos IVE ILE con medicación)
Misiones	1.359
Neuquén	1.457
Río Negro	1.140
San Juan	1.657
San Luis	1.447
Santa Cruz	873
Santa Fe	4.094
Tierra del Fuego, AelAS	593
Tucumán	2.417
TOTAL estimado sobre 20 provincias	87.603

Referencias:

Respuesta a solicitud de acceso a información pública provincial

Respuesta a solicitud de acceso a información pública DNSSyR

Fuente:

Elaboración propia en base a pedidos de acceso a la información pública, julio 2026.

Notas:

* CABA: "Situaciones asistidas" incluye todo contacto con el sistema, no equivale a IVE ILE asistidas.

* Chubut: Mujeres atendidas por IVE ILE. No equivale a IVE ILE asistidas.

Las provincias de Buenos Aires y Córdoba junto a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) muestran los mayores números absolutos (41.446, 9.341 y 9.458 situaciones respectivamente), sumando un 72% del total de IVE ILE informadas, en consonancia con la concentración del 53% de la población de mujeres en edad fértil del país en esas jurisdicciones.

La tasa nacional de abortos por mujer⁵ estimada para 2025 es de 7,45. Esta tasa nacional es prácticamente igual a la de 2023 (7,49), último año en el que se dispuso de información para todas las jurisdicciones del país. Las tasas de aborto de las provincias en 2025 se distribuyen prácticamente en mitades: 50% muestran tasas por encima y 50% por debajo del valor estimado para Argentina.

Para completar la foto del país, sería necesario contar con el número de abortos realizados en Catamarca, Formosa, Salta y Santiago del Estero —provincias que no respondieron a los pedidos de acceso a la información pública ni reportaron el número de IVE ILE a la DNSSyR— así como también los abortos asistidos en los subsectores de obras sociales y privado.

¿Qué hay detrás de la tasa de abortos por mujer? La tasa de abortos es un número que resume determinantes más complejos: desde la intencionalidad de los embarazos hasta la oportunidad del acceso y la adopción de un método anticonceptivo, pasando por la legalidad de los abortos o los procedimientos disponibles en las instituciones de salud.

¿Cuántos efectores y cómo fueron asistidas las IVE ILE?

Son 19 las provincias que reportan el número de efectores públicos que dan acceso. Considerando esas mismas provincias, entre 2023 y 2025 el número de efectores se mantuvo sin cambios significativos: 1.862 versus 1.846 respectivamente.

5 La tasa de abortos cada 1000 mujeres de 15-49 años es un indicador que estima el número promedio de abortos cada mil mujeres en edad fértil. Permite comparar la ocurrencia de los abortos en los distintos territorios independientemente de la cantidad de mujeres en edad fértil que allí residen.

Número de efectores con acceso a IVE ILE. Provincias seleccionadas, 2025

Jurisdicción	IVE ILE 2025
Buenos Aires	594
CABA	68
Córdoba	237
Chaco	5
Chubut	27
Corrientes	23
Entre Ríos	48
Jujuy	45
La Pampa	51
La Rioja	17
Mendoza	122
Misiones	28
Neuquén	104
Río Negro	150
San Luis	34
Santa Cruz	22
Santa Fe	243
Tierra del Fuego, AelIAS	8
Tucumán	20
TOTAL estimado sobre 19 provincias	1.846

Referencias:

Respuesta a solicitud de acceso a información pública provincial
 Respuesta a solicitud de acceso a información pública DNSSyR

Fuente:

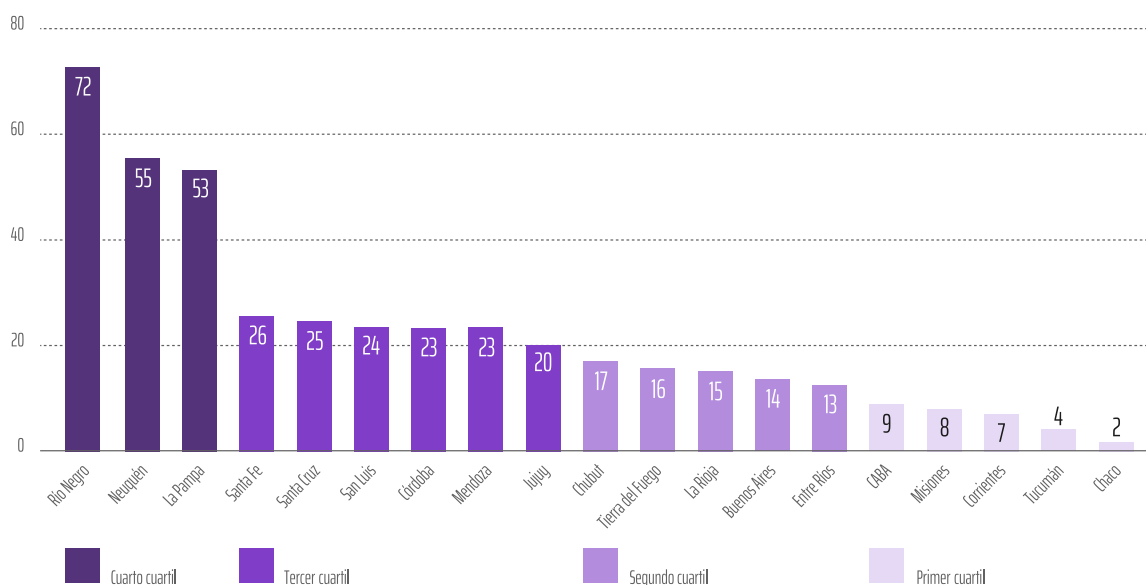
Elaboración propia en base a pedidos de acceso a la información pública, julio 2026.

La tasa de efectores por mujer⁶ tiene una variabilidad importante entre las provincias. Distribuidas las tasas en cuartiles, esto es, en cuatro grupos que reúnen cada uno el 25% de las provincias, se observa que el cuartil que reúne las tasas más elevadas duplica y hasta triplica las tasas respecto del cuartil siguiente.

6 La tasa de efectores cada 100.000 mujeres de 15-49 años es un indicador que estima el número promedio de efectores públicos de salud cada cien mil mujeres en edad fértil. Permite comparar cantidad de efectores en los distintos territorios independientemente de la cantidad de mujeres en edad fértil que allí residen.

¿Qué hay detrás de la tasa de efectores por mujer? La tasa de efectores es un número que resume varias condiciones: la disponibilidad de servicios públicos, la organización del sistema y la extensión de la red de centros de atención primaria que dan acceso a IVE ILE, entre otras.

Tasa de efectores de IVE ILE cada 100.000 mujeres en edad fértil. Provincias seleccionadas, 2025



De las 15 provincias que reportan información acerca de la complejidad de los efectores, 14 tienen al menos el 70% de los efectores en el primer nivel de atención. El predominio de efectores en este nivel es un facilitador para el acceso, lo que junto a la consulta oportuna de las mujeres explicaría una mayor proporción de abortos en las primeras semanas de embarazo: 11 jurisdicciones⁷ reportan 90% abortos realizados dentro de las 12 semanas de gestación (las proporciones van de 74% a 92%).

⁷ Las jurisdicciones que reportan la proporción de abortos en semanas son: Buenos Aires, Chaco, CABA, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Neuquén, Río Negro y Santa Cruz.

Proporción de IVE ILE de acuerdo a semanas de gestación. Provincias seleccionadas, 2025



Nueve provincias reportan el tipo de procedimiento utilizado. La mayoría de los abortos se realizan con medicamentos. La aspiración manual endouterina (AMEU) sigue siendo una opción de escaso uso aunque 2 de las provincias reportan al menos 15% de las IVE por AMEU.

Otros indicadores de accesibilidad

- * 9 de las 16 provincias reportan el cumplimiento de la provisión dentro del plazo estipulado de 10 días. La proporción de IVE ILE acorde a la ley está entre 89% y 100%.
- * 6 de las 16 jurisdicciones disponen de un número telefónico gratuito, WhatsApp o correo electrónico dedicado a la provisión de información sobre IVE ILE.
- * El 0800SaludSexual indica que las secuencias⁸ de IVE ILE representan el 94% del total de llamadas. De ellas, la mayoría fueron realizadas para reportar barreras al acceso a servicios.

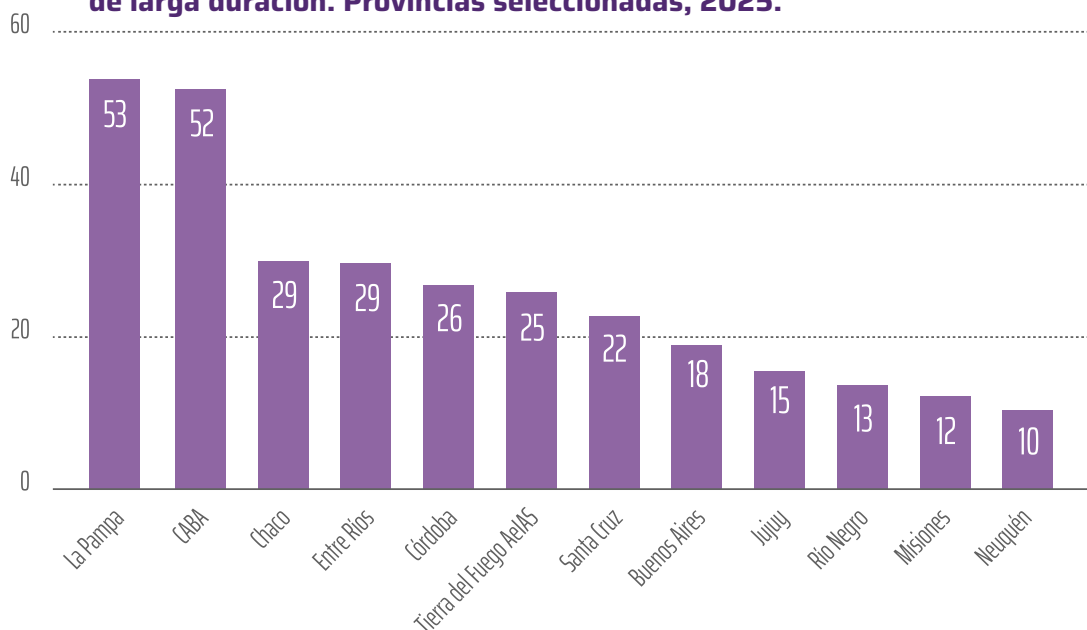
¿Se accede a métodos reversibles de larga duración⁹?

Ofrecer un método anticonceptivo posaborto puede ser una oportunidad clave para las mujeres. Doce (12) provincias reportan la proporción de personas que egresan con métodos de larga duración luego de una interrupción de embarazo. Las proporciones son variables: provincias donde el 10% adopta un método hasta otras, como La Pampa y CABA, en las que la mitad de las mujeres aceptan un método posaborto.

⁸ Una secuencia es un registro interno o ticket que el operador telefónico del 0800SaludSexual abre en el sistema para documentar, derivar o hacer seguimiento de un reclamo o una consulta compleja.

⁹ Por métodos anticonceptivos reversibles de larga duración nos referimos a implantes subdérmicos, sistemas intrauterinos (SIU) y dispositivos intrauterinos (DIU).

Proporción de mujeres asistidas por IVE ILE que egresan con anticonceptivos de larga duración. Provincias seleccionadas, 2025.



¿Cómo se gestionan los insumos?

Frente a la decisión del Ministerio de Salud de la Nación de discontinuar la compra de insumos para los servicios de aborto, 13 provincias sostuvieron el acceso con presupuesto propio.

10

provincias compraron misoprostol y/o mifepristona: Buenos Aires, Chaco, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego AelAS.

6

provincias compraron tratamientos combinados (mifepristona y misoprostol): Chaco, Entre Ríos, Tierra del Fuego AelAS, Neuquén, Santa Cruz y Misiones.

2

provincias compraron aspiradores y cánulas para AMEU: Jujuy y Mendoza.

El desempeño de las provincias fue heterogéneo en los insumos priorizados, pero da cuenta de una respuesta activa frente al retiro del Estado nacional del aseguramiento de insumos para la interrupción del embarazo.



Desfinanciamiento de la anticoncepción: una decisión desacertada

La provisión pública de anticonceptivos ha sido una de las políticas públicas de género más equitativas que ha impulsado la Argentina. Desde la sanción de la Ley 25.673 que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el año 2002, fue una política universal pero con alta focalización social porque alcanzaba principalmente a quienes usaban los servicios públicos y, en particular, los centros de atención primaria. Pero esa tradición se quebró.

Desde la asunción del presidente Milei hubo una estrategia de reducción del financiamiento del gobierno nacional a las políticas de género.¹⁰ Entre esas reducciones se cuentan las compras de insumos en salud sexual y reproductiva.

Entre el 2023 y el 2026 hubo una caída del 57% en el gasto realizado por el programa Desarrollo Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación.¹¹ Esto implicó una reducción en las cantidades de métodos anticonceptivos comprados.¹²

Como consecuencia de estas reducciones en las asignaciones de presupuesto y los correspondientes gastos en esta línea presupuestaria, se produjo una drástica caída en la cantidad de mujeres protegidas por métodos anticonceptivos: **de más de 1,2 millones de mujeres protegidas en 2024 a apenas 63 mil mujeres protegidas proyectadas para 2026. Una disminución del 93% de mujeres protegidas con anticoncepción en ese período.**¹³

A su vez, estas decisiones implicaron 840.000 mujeres menos protegidas contra embarazos no intencionales, 240.000 embarazos no intencionales adicionales, 112.000 abortos que podrían haberse evitado, 452 muertes maternas y 2.600 muertes neonatales que también podrían haberse evitado.¹⁴

10 ACIJ & ELA (2025). Presupuesto sin perspectiva de género: Consolidación de un ajuste que profundiza las desigualdades. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) y Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), 2025. Para una actualización de estos ajustes para el 2026, ver: <https://ela.org.ar/wp-content/uploads/2025/10/Analisis-de-las-partidas-vinculadas-a-genero-en-el-Proyecto-de-Presupuesto-2026.pdf>

11 Estimación propia sobre la base de información pública de la plataforma Presupuesto Abierto del Ministerio Economía de la Nación. La variación se estimó considerando el crédito anual vigente correspondiente al año 2026 y el gasto devengado anual correspondiente al año 2023.

12 La información analizada corresponde a compras públicas del Estado Nacional, información que puede rastrearse en sistemas oficiales de compras públicas, como [COMPR.AR](#) u otras fuentes presupuestarias.

13 La estimación se basa en una unidad estándar: años mujer protegida. Este estándar representa la protección estimada que brindan los métodos anticonceptivos, convirtiéndose cada insumo en una estimación de protección durante un año. Por ejemplo, 4 inyecciones trimestrales equivalen aproximadamente a 1 año protegido, 12 inyecciones mensuales equivalen aproximadamente a 1 año protegido ([Actualización de la protección durante un par de años: revisión bibliográfica, guía para actualizar los métodos existentes y añadir nuevos métodos - FHI 360](#)). El estándar no equivale simplemente a una duración teórica perfecta sino que incorpora el uso práctico y la adherencia (olvidos, discontinuidad, retiro anticipado de métodos, etc.).

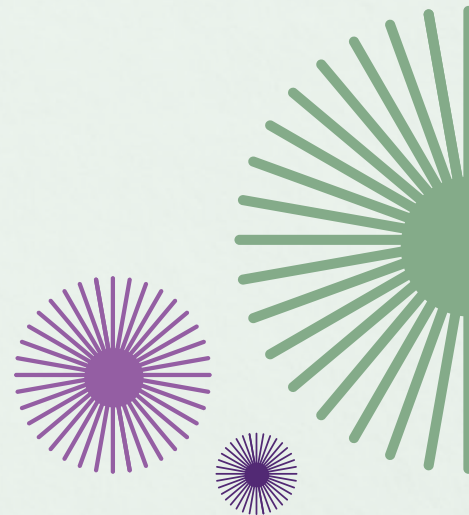
14 La fuente metodológica para estas estimaciones es el [Impact Calculator del Guttmacher Institute](#), usado internacionalmente para estimar resultados en salud sexual y reproductiva.

Por sobre esta consecuencia sociosanitaria, el impacto económico ha sido enorme.

Según estimaciones realizadas¹⁵, **cada peso invertido en anticoncepción en la Argentina genera ahorros equivalentes a tres pesos en atención médica.** Y cuando se consideran los efectos en educación, empleo, productividad y recaudación fiscal, el retorno total asciende a veinte veces el valor de la inversión.

El acceso a la anticoncepción implica más y mejores oportunidades de decidir si ser madre y cuándo e impacta positivamente sobre la autonomía, la salud, la educación, el trabajo y los proyectos de vida de las personas. Invertir en anticoncepción evita costos futuros mayores: atención de embarazos no intencionales, complicaciones del embarazo, abortos inseguros, muertes maternas y neonatales, y efectos socioeconómicos de largo plazo. Cada peso que el Estado deja de invertir en anticoncepción genera costos mucho mayores para las mujeres, las familias, el sistema de salud y el propio Estado.

No hay economía de la prevención más poderosa que la anticoncepción. En la Argentina estamos perdiendo una de las inversiones en salud más rentables.



15 REDAAS (2026, 26 de mayo). [Recortes en la provisión de anticonceptivos: un derroche de capital humano](#)



Las obstétricas hacen la diferencia. Ampliación de tareas para la interrupción del embarazo en la provincia de Mendoza¹⁶

En octubre de 2024, Mendoza actualizó el vademécum obstétrico mediante el Decreto 2088/24, que habilitó la prescripción de misoprostol y mifepristona para la interrupción del embarazo. Con ello se incorporaron las obstétricas como prestadoras y se fortaleció la respuesta del primer nivel de atención, especialmente en zonas rurales y semiurbanas.

Antes de esta norma, 15 obstétricas estaban dispuestas a prescribir; dos meses después eran 26 y, en 2025, alcanzaron las 55. Ese año realizaron el 47% del total de interrupciones registradas en Mendoza, contribuyendo significativamente a ampliar la oferta de servicios y el acceso en poblaciones con bajo acceso.

La decisión respondió a tres condiciones: i) la necesidad de ampliar las puertas de entrada para acceder a la interrupción del embarazo; ii) la distribución territorial desigual de profesionales con capacidad de prescripción; y iii) la amplia presencia de obstétricas en el primer nivel de atención, con experiencia en consejería y participación previa en equipos de IVE ILE.

Esta ampliación se apoyó en la trayectoria de reconocimiento profesional que inició en 2016. Ese año se autorizó a las obstétricas a colocar implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos. En 2021, la Ley 9.360 actualizó las competencias obstétricas reconociendo su autonomía profesional. Y en 2024, la actualización del vademécum obstétrico incorporó medicamentos para la interrupción del embarazo.

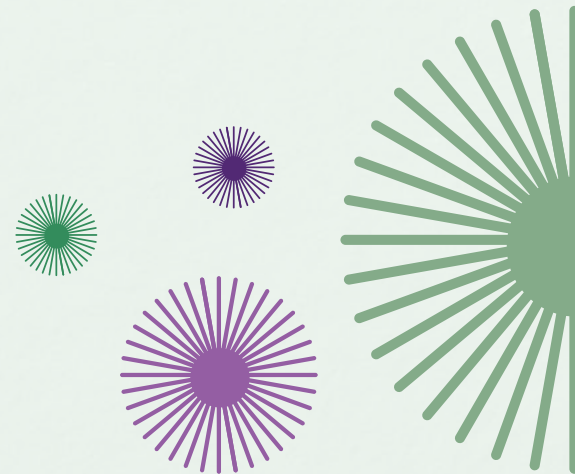
En 2024, una encuesta realizada por la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS) en colaboración con el Programa Provincial de Salud Reproductiva mostró que, antes de la actualización normativa del vademécum obstétrico, el 56% de las personas encuestadas ya brindaba consejería vinculada a IVE ILE. Esta información permitió identificar capacidades existentes y respaldar técnicamente la decisión.

La implementación combinó la habilitación normativa con capacitación continua, comunicación a efectores y farmacias, disponibilidad de medicamentos, registro de las prácticas y acompañamiento cotidiano del Programa Provincial. La

¹⁶ Benetti Catarineu, C., Ariza Navarrete, S., Bazán, J. y Ramos, S. (2026). Las obstétricas hacen la diferencia: ampliación de tareas para la interrupción del embarazo en Mendoza, Argentina. CEDES y REDAAS.

experiencia de Mendoza muestra que la ampliación de funciones puede producir resultados rápidos cuando reconoce capacidades profesionales existentes y asegura las condiciones para ejercerlas.

Hoy en la Argentina son cinco las provincias que han seguido este camino: Neuquén, Mendoza, Jujuy, San Luis y, recientemente, la provincia de Buenos Aires. De esta forma, son cada vez más las jurisdicciones que toman medidas que promueven la ampliación de tareas para mejorar la oferta de servicios y la calidad de la atención del aborto en el país.





El monitoreo de la sociedad civil: una mirada con foco en el territorio

Durante 2025 diversas organizaciones de la sociedad civil¹⁷ relevaron el estado de situación de acceso al aborto en distintos lugares del país. Se presenta un resumen de sus principales hallazgos.

Los hallazgos de estos monitoreos evidencian heterogeneidad tanto entre las provincias relevadas como al interior de las mismas, pero aportan una mirada local que recupera las voces de las usuarias y los equipos de salud.

1. Amnistía Internacional - Nación y provincia de Salta

- * **Alcance y metodología:** Sistematización de las barreras de acceso al aborto reportadas a través del formulario online de la organización durante 2025; respuesta de la DNSSyR al pedido de acceso a información pública; misión realizada en Salta en abril de 2026, con entrevistas a autoridades sanitarias, equipos de salud y usuarias.
- * **Principales hallazgos**
 - La retirada del Estado nacional en el aseguramiento de insumos genera inequidades territoriales y traslada el costo de la medicación a las usuarias, afectando principalmente a aquellas más vulnerables. Además, la ausencia de la operatoria del Programa Remediar, que distribuía anticonceptivos y medicación a las 24 provincias, profundiza aún más las brechas territoriales.
 - La falta de difusión sobre IVE ILE y alcances de la Ley 27.610 es otra de las principales barreras reportadas: el 65% de los casos relevados son situaciones en las que las personas no sabían cómo acceder a un aborto seguro y legal. El Estado nacional informó que durante 2024 y 2025 no realizó campañas de difusión sobre interrupción del embarazo ni sobre

17 Para este apartado se tuvieron en cuenta los siguientes informes: [“El costo de la retirada. Barreras, endeudamiento y desigualdad en el acceso al aborto en Argentina”](#) (Amnistía Internacional, 2026); [“Monitoreo feminista de anticoncepción y aborto: Chaco”](#) y [“Monitoreo feminista de anticoncepción y aborto: Santiago del Estero”](#) (Mujeres x Mujeres, 2025); [“Informe final del monitoreo del acceso a las prácticas de cuidado de salud sexual - Año 2025 - Santa Fe”](#) (Multipalabras, 2026); [“Interrupción del embarazo en la provincia de Córdoba: avances y desafíos en la implementación de la Ley N° 27.610”](#) (Fundeps, 2025).

la línea 0800SaludSexual. El 80% de las personas que se contactaron con Amnistía no se había comunicado previamente con dicha línea.

- La opacidad del Estado nacional también se observa en la ausencia de instancias de participación y rendición de cuentas. El último informe de gestión de la DNSSyR fue publicado en 2023. Durante 2024 y 2025 el organismo no convocó al Consejo Asesor, a pesar de los pedidos que realizaron las organizaciones que lo integran.
- Se observa un incremento en las barreras en niñas y adolescentes: los reclamos de esta población recibidos en 2025 aumentaron un 306% respecto del año anterior. Entre las principales dificultades reportaron la falta de información clara y accesible (el 80% de las adolescentes no sabían cómo ni dónde acceder a una interrupción del embarazo). También reportaron malos tratos e intentos de persuasión para modificar la decisión de interrumpir.
- La situación en Salta:
 - Representa el 46% de los reclamos en la 0800SaludSexual por falta de medicación (sobre un total de 191 reclamos por dicho motivo).
 - La falta de medicación limita la respuesta en el primer nivel de atención, sobrecargando a los hospitales de segundo y tercer nivel. Esto dificulta la resolución en las primeras semanas de gestación y/o los plazos establecidos por la ley. Además, desgasta a los equipos que garantizan el acceso.
 - Se observa un aumento del rol de organizaciones feministas y redes de acompañamiento ante el retroceso del subsector público.

2. Multipalabras - Provincia de Santa Fe

* **Alcance y metodología:** Encuesta sobre prácticas de cuidado de la salud sexual. Se encuestaron 395 personas usuarias del sistema de salud público (394 mujeres cis y un varón trans) en 10 departamentos del centro-norte santafesino.

* **Principales hallazgos**

- Se evidencia una desigualdad entre el acceso a métodos anticonceptivos y a la interrupción del embarazo, principalmente en términos de información. El 80% de las encuestadas recibió asesoramiento en métodos anticonceptivos, mientras que el 61% recibió información sobre IVE ILE del efector al que concurre.

- El 79% desconoce en qué efectores del subsector público dan acceso a IVE ILE.
- El 87% desconoce la existencia de la línea 0800SaludSexual. Este desconocimiento es mayor en las personas con menor educación y mayores de 41 años.

3. Fundeps - Córdoba

- * **Alcance y metodología:** Relevamiento participativo sobre la implementación de la Ley 27.610 de IVE ILE. Se realizó una encuesta a 80 profesionales de la salud de 18 departamentos provinciales, en instituciones de la capital y el interior, y en dependencias provinciales y municipales. Además, se entrevistó a 5 profesionales, respetando la representación territorial.
- * **Principales hallazgos:**
 - La IVE se implementa en todos los niveles de atención en los departamentos relevados, tanto en instituciones provinciales como municipales, con consejería y principalmente a través de tratamientos medicamentosos. El 80% afirma que con una o dos visitas se resuelve una IVE en sus lugares de trabajo.
 - La medicación para IVE (misoprostol y tratamientos combinados) se distribuye sin diferencias significativas entre dependencias.
 - Predomina la AMEU por sobre los legados, aunque sólo el 22% de las personas encuestadas afirmó que se realizan AMEU en los centros de salud en los que trabajan.
 - Con relación a otras dificultades para el acceso a una IVE la distribución es heterogénea: en el interior, cerca del 50% indica que existen entre muchas y bastantes dificultades, en contraposición al 85% de quienes residen en la capital que sostienen que existen pocas dificultades. Entre las principales dificultades se mencionan: transporte y traslados; dificultades para sacar turnos, y trabas económicas en general. La escasez de personal aparece en todas las regiones, es cercano al 40%, y alcanza el 75% en los hospitales de la capital.
 - Los malos tratos hacia las usuarias son también identificados en mayor medida en el interior de la provincia (37% vs. 20% en la capital).

- También se observan diferencias territoriales en el apoyo institucional: el 55% de los centros de salud municipales de la capital reporta recibir bastante apoyo, mientras que en el interior se reduce al 30%.
- Los equipos reportan buenas prácticas en atención de niñas y adolescentes: se indaga sobre sistemas de apoyo y acompañamiento de personas adultas con las que conviven, se resguarda la privacidad durante la consulta. También se identifican buenas prácticas en materia de respeto por la diversidad sexogenérica (uso de pronombre elegido por la persona, no asunción de relaciones sexuales heterosexuales).

4. Mujeres x Mujeres - Chaco

- * **Alcance y metodología:** 113 encuestas a usuarias del servicio público de salud mientras ingresaban o salían de hospitales, centros o puestos de salud de distintos departamentos de la provincia; 23 entrevistas en profundidad a integrantes de equipos de salud; observaciones participantes y no participantes en 8 servicios públicos de los tres niveles de atención.
- * **Principales hallazgos:**
 - 9 de cada 10 pudieron acceder a un método anticonceptivo sin negativas.
 - La mitad de las encuestadas conoce que hay una ley que les permite abortar a partir de su propia decisión. El mismo porcentaje conoce la causal por violación, mientras que 6 de cada 10 conocen la posibilidad de abortar si el feto tiene malformaciones graves o incompatibles con la vida.
 - 6 de cada 10 personas encuestadas no fueron informadas en el consultorio sobre la posibilidad de abortar.
 - 4 de cada 10 no vio cartelera sobre salud sexual y reproductiva. La proporción asciende significativamente cuando se consulta sobre cartelera sobre aborto: 9 de cada 10 no vieron carteles en el efector al que concurren.
 - Entre las barreras de acceso identificadas por profesionales se destacan: acceso a la ecografía, barreras geográficas, falta de medicación.

5. Mujeres x Mujeres - Santiago del Estero

- * **Alcance y metodología:** 76 encuestas a usuarias del servicio público de salud mientras ingresaban o salían de hospitales, centros o puestos de salud de distintos departamentos de la provincia; entrevistas con informantes de diversas áreas; observaciones participantes y no participantes en 6 servicios públicos de la provincia de los 3 niveles de atención.
- * **Principales hallazgos:**
 - 2 de cada 10 encuestadas pudieron acceder a un método anticonceptivo sin negativas. Al resto se le negó por falta de insumos.
 - 6 de cada 10 encuestadas conocen la existencia de una ley que les permite abortar por su propia decisión, por malformaciones fetales incompatibles con la vida o graves. 5 de cada 10 conoce que puede abortar en caso de violación.
 - Solo 3 hospitales están brindando acceso a IVE ILE, lo que provoca barreras y demoras en el acceso. Otra dificultad reportada por los equipos de salud es el faltante de insumos, tanto de métodos anticonceptivos como de medicación para aborto, principalmente desde que el Estado nacional dejó de enviar.
 - 8 de cada 10 mujeres encuestadas jamás recibieron información sobre aborto (IVE ILE) en una consulta de salud.
 - Solo 1 de cada 4 encuestadas vio cartelera sobre aborto. Esta falta de información sobre aborto y salud sexual emerge también durante las observaciones en los servicios.

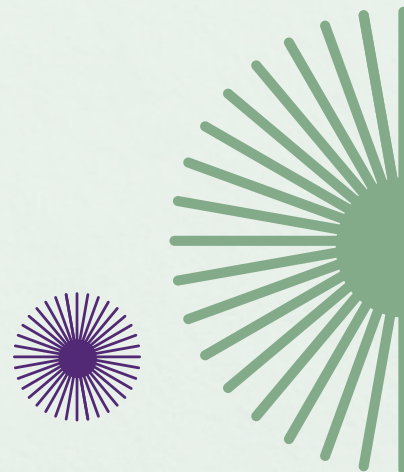


El acompañamiento de Socorristas en Red

Socorristas en Red -feministas que abortamos- es una articulación de colectivas de Argentina que acompañan en diferentes puntos del país a las mujeres y otras personas con posibilidad de gestar que quieren acceder a un aborto. Desde 2014 realiza sistematizaciones sobre los acompañamientos realizados, tanto en el sistema comunitario como dentro del sistema institucional de salud.

Durante el año 2025 Socorristas en Red¹⁸ brindó información sobre aborto seguro con medicamentos a 9.011 personas.

- 7.474 de estas personas decidieron abortar: el 72% a través del sistema de salud comunitario, el 28% a través del sistema institucional de salud. El número de acompañamientos dentro de las instituciones de salud ha descendido desde el cambio de gestión nacional en 2023.
- 3,5% (261) de las personas que solicitaron información son niñas y adolescentes. El 94% asiste a la escuela y el 42% aprendió sobre ESI en dicho espacio. Pero el 62% desconoce la posibilidad de realizar un aborto con medicamentos, y el 53% no conoce el alcance de la Ley 27.610. Esto da cuenta de la importancia de la ESI como instancia curricular para garantizar derechos de niñas y adolescentes, así como de la necesidad de profundizar en la inclusión del aborto como uno de sus contenidos.
- El 62% de las personas que se contactaron con Socorristas en Red refirieron haber sufrido algún tipo de violencia machista (emocional, simbólica, física, sexual, obstétrica, económica, acoso callejero, entre otras). Solo 1 de cada 4 realizó la denuncia.



18 Socorristas en red (2026). "Sistematización de acompañamientos a abortar realizados por Socorristas en Red durante el año 2025"



Panorama jurídico

La Ley 27.610 (IVE ILE) permanece vigente y sin modificaciones.

Las iniciativas restrictivas fueron minoritarias.

El 84% de las iniciativas legislativas buscó ampliar o proteger derechos sexuales y reproductivos. Sólo 3 fueron sancionadas.

La justicia actuó principalmente como mecanismo de protección de derechos existentes.

Para este informe se analizó la situación jurídica relacionada a la salud sexual y reproductiva de ocho jurisdicciones: Nación, CABA, Buenos Aires, Entre Ríos, Jujuy, Mendoza, Neuquén y Santa Fe, durante el período agosto 2025 a julio 2026. El relevamiento incluyó proyectos de ley, resoluciones ministeriales y otras normas administrativas sobre la materia, así como causas judiciales en las jurisdicciones priorizadas.

DIMENSIÓN	HALLAZGOS PRINCIPALES ¹⁹
Actividad legislativa	Se identificaron 75 proyectos . El 92% se concentró en Nación, Buenos Aires, Santa Fe y CABA. La actividad legislativa fue muy baja o inexistente en Entre Ríos, Jujuy, Mendoza y Neuquén.
Orientación de los proyectos	El 84% de las iniciativas buscaron ampliar/proteger los derechos vinculados a la salud sexual y reproductiva (Plan ENIA, salud sexual y reproductiva, VIH e ITS, gestión menstrual, endometriosis, menopausia, lactancia, salud mental perinatal, duelo gestacional y perinatal, ESI y atención durante el embarazo y la primera infancia). En menor cantidad, se identificaron proyectos que buscan limitar la aplicación de la Ley 27.610 en las provincias de Buenos Aires y Santa Fe. Ninguno obtuvo dictamen ni tratamiento en el recinto.
Avances legislativos	La mayoría de las iniciativas no registró avances. Solo tres proyectos fueron sancionados durante el período. Entre estos se destaca la Ley 3.534 de Neuquén sobre VIH, hepatitis virales, ITS y tuberculosis.
Aborto	La Ley 27.610 permaneció vigente sin modificaciones . No avanzaron proyectos dirigidos a derogarla o restringirla y no hubo decisiones judiciales que afectaran su vigencia.
Judicialización	La intervención judicial se concentró principalmente en exigir o preservar garantías existentes . Se mantuvo en trámite la causa por provisión de medicamentos para IVE ILE, se suspendió cautelarmente un protocolo municipal restrictivo de aborto (en el municipio de San Isidro- PBA) y se suspendieron los efectos del DNU 62/2025 sobre tratamientos de afirmación de género para personas menores de 18 años. También continuó la acción colectiva por la implementación del Plan ENIA.

En síntesis: el período muestra **estabilidad del marco jurídico vigente y escasos cambios legislativos sustantivos**, junto con una intensa disputa política y normativa. Las principales tensiones aparecen en proyectos restrictivos sin avance, decisiones de política pública que afectan la implementación de derechos y señales contradictorias del Estado argentino en el plano internacional (ver más adelante sobre Consenso de Ginebra).

¹⁹ El detalle de cada hallazgo se encuentra en los próximos apartados.

1. Tendencias generales

Se identificaron 75 proyectos entre agosto de 2025 y julio de 2026.

JURISDICCIÓN	PROYECTOS
Nación	22
Buenos Aires	17
Jujuy	1
Neuquén	3
CABA	13
Entre Ríos	0
Mendoza	2
Santa Fe	17

El 92% de los proyectos se concentró en Nación, Buenos Aires, Santa Fe y CABA.

De las 75 iniciativas analizadas, 62 (84%) tuvieron una orientación protectora de la salud sexual y reproductiva. Las 13 restantes contenían disposiciones restrictivas.

Pero alcanzaron las mayorías y se sancionaron tres de las iniciativas presentadas. Entre estas se destaca la Ley 3.534 neuquina sobre VIH, hepatitis virales, ITS y tuberculosis. Se identificaron 10 normas administrativas vinculadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. De ellas, ocho tuvieron relación directa con la política sanitaria, 5 en Buenos Aires, 2 en Santa Fe y 1 en Mendoza. Las dos restantes fueron medidas complementarias de Nación y Entre Ríos.

2. Situación jurídica y cambios respecto del aborto

Durante el período analizado, la Ley 27.610 continuó vigente en todo el territorio nacional. No se iniciaron nuevas acciones judiciales dirigidas a cuestionarla y las que ya existían no dieron lugar a decisiones que alteraran su vigencia. Tampoco avanzaron proyectos legislativos orientados a derogarla o restringir su alcance. Las normas administrativas identificadas no modificaron el marco jurídico establecido por la ley. Sin embargo, decisiones de política sanitaria y el desfinanciamiento de políticas públicas desde el nivel nacional han afectado las condiciones para su implementación, tal como se analiza en otras secciones de este reporte.

2.1. Proyectos relacionados con el aborto sin avances legislativos

Durante el período se identificaron proyectos que buscaban restringir la aplicación de la Ley 27.610 y otros que podían incidir sobre el acceso al aborto o sobre las prácticas de IVE ILE. Ninguno obtuvo dictamen de comisión ni fue tratado en el recinto.

En la provincia de Buenos Aires, el bloque unipersonal Derecha Popular presentó dos proyectos. Uno propone dejar sin efecto en la provincia la aplicación de la Ley 27.610. El otro, a través de una prohibición a los colegios profesionales, busca ampliar la objeción de conciencia sin contemplar expresamente las obligaciones y garantías previstas en la Ley 27.610. Ambos proyectos permanecían en comisión, sin dictamen.

En Santa Fe, el bloque Somos Vida, presidido por Amalia Granata, presentó un proyecto que busca exigir la realización de una ecografía y un estudio Doppler antes de un aborto, y el ofrecimiento a la usuaria de observar las imágenes y escuchar la actividad cardíaca y registrar por escrito la negativa a querer hacer uso de esta posibilidad. También obliga a informar sobre alternativas a la interrupción. Estos requisitos podrían generar barreras no previstas en la Ley 27.610. El proyecto permanecía en comisión, sin dictamen.

En la misma provincia, el bloque unipersonal Inspirar, representado por Juan Domingo Argañaraz e identificado con posiciones reaccionarias, presentó un proyecto que propone crear el Observatorio Provincial de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. La iniciativa prevé la producción de información pública sobre la aplicación de la Ley 27.610, la preservación de las identidades y los datos sensibles y la prevención de la identificación indirecta. Aunque no modifica las condiciones de acceso, incide directamente en la forma en que las prácticas son registradas y analizadas. El proyecto permanecía en comisión, sin dictamen.

También se identificaron tres proyectos sobre defunciones fetales. En Buenos Aires, el proyecto presentado por Sofía Pomponio, de La Libertad Avanza, amplía la inscripción registral a las muertes fetales tempranas, incorpora datos de los progenitores y prevé una licencia de inhumación en todos los casos. El proyecto presentado por Valentín Miranda, de la UCR, permite registrar voluntariamente el nombre, el apellido y el sexo del feto, así como los datos de la madre y del padre, pero no regula el destino de los restos. Ambos permanecían en comisión, sin dictamen.

En CABA, la Vicejefatura de Gobierno presentó el proyecto que comprende la muerte del embrión o feto ocurrida a cualquier edad gestacional, sin excluir las derivadas de IVE ILE. También establece un protocolo obligatorio sobre atención, despedida y trámites registrales y funerarios, y sanciona su incumplimiento.

Esta definición podría extender el protocolo a la atención del aborto. El proyecto permanecía en la Comisión de Salud, sin dictamen. Por otra parte, en la jurisdicción nacional se identificaron tres proyectos sobre gestación por sustitución.

2.2. Resoluciones ministeriales y otras normas administrativas

En Santa Fe, el Ministerio de Salud aprobó el Protocolo de actuación en caso de defunciones fetales, que regula su registro, el manejo de los restos y el acompañamiento de la persona gestante. El protocolo excluye expresamente las defunciones derivadas de interrupciones inducidas del embarazo, que deben registrarse como IVE ILE.

En 2026, dos provincias aprobaron actualizaciones de sus vademécums obstétricos, ampliando la autonomía profesional y la seguridad jurídica de las personas licenciadas en obstetricia para que prescriban medicamentos destinados a la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la interrupción del embarazo: San Luis (Res. 100/2026 Min. Salud) y Buenos Aires (Res. 6789/2026 Min. Salud). De esta manera, ya son cinco las provincias que actualmente tienen normas de este tipo vigentes²⁰, con las cuales se amplía el acceso a la atención y se refuerza la calidad del servicio, como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud y otros organismos de rectoría sanitaria y profesional en el mundo.

2.3. Judicialización

Se han presentado 38 causas judiciales contra la Ley 27.610 desde su aprobación. De ellas, 35 fueron rechazadas y 3 permanecen en trámite ante la Corte Suprema. Es decir, en la amplia mayoría de los casos los tribunales reafirmaron la constitucionalidad de la ley y rechazaron intentos de regresión, consolidando así la política pública de aborto legal y seguro que se mantiene vigente.

En 2025, se promovió la acción “Asociación Civil La Ciega c/ Ministerio de Salud de la Nación s/ Prestaciones Médicas” preventiva de daño contra el Ministerio de Salud de la Nación para que adquiriera y distribuyera misoprostol y mifepristona destinados a garantizar el acceso a la IVE ILE en el sistema público. La causa tramita ante lo Civil, Comercial y Contencioso Administrativo Federal de La Plata como proceso colectivo. En febrero de 2026, el Ministerio publicó por orden judicial un aviso para que las personas afectadas o interesadas pudieran presentarse en el proceso como partes afectadas. La causa continúa en trámite sin decisión de fondo.

20 Las otras tres son Neuquén (2024), Mendoza (2024, ver apartado en este reporte) y Jujuy (2025).

En agosto de 2026, el Juzgado Contencioso Administrativo N.º 2 de San Isidro suspendió cautelarmente un protocolo municipal para la atención de IVE ILE que incorporaba intervenciones psicológicas y restricciones a la causal salud, y podía afectar la confidencialidad y generar demoras. El tribunal ordenó garantizar la atención conforme a la Ley 27.610 y los protocolos vigentes. La causa sobre la nulidad del protocolo continúa.

3. Otros cambios jurídicos en materia de salud sexual y reproductiva

3.1. Proyectos que buscan sostener o ampliar derechos sexuales y reproductivos

Las iniciativas expansivas muestran una agenda diversa, pero con escasa capacidad de traducirse en cambios legislativos. Algunas buscaron sostener o institucionalizar políticas existentes, especialmente el Plan ENIA, mientras otras abordaron áreas como menopausia, salud mental perinatal y duelo gestacional y perinatal, junto con agendas más consolidadas como VIH e ITS, ESI y atención durante el embarazo.

La continuidad del Plan ENIA generó iniciativas de espacios políticos diferentes. En Nación se presentaron cuatro proyectos para establecerlo por ley, impulsados por el PRO, Provincias Unidas, Unión por la Patria y el bloque Justicialista. Ninguno obtuvo dictamen. Tampoco avanzó el proyecto de emergencia en salud sexual y reproductiva, presentado por Provincias Unidas con firmas de otros bloques. Esta diversidad muestra que la preocupación por dar mayor estabilidad institucional a estas políticas excedió a un único sector político, aunque no logró traducirse en acuerdos legislativos.

El único avance sustantivo fue la Ley 3.534 de Neuquén, propuesta por el PRO Nuevo Compromiso Neuquino, que adhirió a la Ley 27.675 de Respuesta integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Tuberculosis (TBC) y creó una comisión provincial sobre VIH, hepatitis virales, otras ITS y tuberculosis. En CABA, un proyecto sobre atención integral de la menopausia y el climaterio obtuvo dictamen y, en Santa Fe, una iniciativa sobre salud mental perinatal alcanzó media sanción.

El duelo gestacional y perinatal concentró siete proyectos en cuatro jurisdicciones, provenientes de espacios políticos diversos. Las propuestas incluyeron adhesiones a la Ley 27.733 de Procedimientos médico-asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal, salas voluntarias de despedida, registros y acciones de concientización. Ninguna fue aprobada. La cantidad de iniciativas y su escaso avance muestran una agenda con presencia legislativa, pero limitada capacidad de producir cambios jurídicos.

3.2. Proyectos restrictivos de los derechos sexuales y reproductivos

Fuera del campo del aborto, las iniciativas restrictivas fueron pocas y no registraron avances, pero comparten la incorporación de requisitos que pueden afectar la autonomía, la confidencialidad o el acceso a información.

En Santa Fe, el bloque Inspirar presentó dos proyectos que incorporan estudios para detectar consumo de sustancias durante el embarazo, sin regular expresamente el consentimiento ni la confidencialidad. En Buenos Aires, una iniciativa de La Libertad Avanza exige informar previamente a las familias sobre contenidos, materiales y actividades de ESI en los niveles inicial y primario, y permite solicitar su postergación hasta que se cumpla esa comunicación. Los tres proyectos permanecían sin dictamen.

Aunque no avanzaron, estas iniciativas muestran que las propuestas restrictivas excedieron el aborto y alcanzaron otras áreas de la salud sexual y reproductiva.

3.3. Resoluciones ministeriales y otras normas administrativas

Las siete normas administrativas identificadas fueron provinciales y se orientaron principalmente a implementar políticas existentes mediante guías y protocolos, adquisición de medicamentos e insumos y organización de servicios. Buenos Aires concentró cinco medidas y no se identificaron normas nacionales equivalentes durante el período.

En Buenos Aires se aprobaron guías sobre hipertensión en el embarazo y duelo gestacional y perinatal, y medidas para adquirir medicamentos destinados al embarazo, puerperio, VIH e ITS y preservativos. En Santa Fe se aprobó un protocolo para la atención de personas víctimas de violencia de género que contempla la violencia sexual y obstétrica. En Mendoza se reorganizó la red perinatal de la Zona Este, concentrando los partos programados en el Hospital Perrupato.

La actividad administrativa estuvo así concentrada en algunas provincias y principalmente dirigida a organizar o sostener prestaciones, con un desarrollo territorial desigual y sin cambios sustantivos en las condiciones jurídicas de acceso a derechos.

3.4. Judicialización

Las dos causas identificadas estuvieron dirigidas a preservar garantías o políticas existentes frente a decisiones del Poder Ejecutivo Nacional, aunque ninguna contaba con sentencia definitiva al cierre del período.

En la acción promovida por la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal suspendió cautelarmente, con alcance nacional, los efectos del DNU 62/2025, que impedía que personas menores de 18 años accedieran a tratamientos hormonales e intervenciones quirúrgicas previstos en el marco de la Ley de Identidad de Género.

También continuó el amparo colectivo iniciado por la Defensoría de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes contra el Ministerio de Salud de la Nación para garantizar la implementación del Plan ENIA en las 12 provincias en las que se había desarrollado. La causa fue admitida como proceso colectivo y continuaba sin decisión de fondo.

En ambos casos, la judicialización surgió frente a cambios o discontinuidades en políticas nacionales y operó, durante el período, como mecanismo para preservar garantías previamente existentes.



Argentina adhiere al Consenso de Ginebra: un gesto político sin efectos jurídicos

El Consenso de Ginebra es una coalición que desde 2020 impulsa una declaración en torno a la familia, la sexualidad y la reproducción. Actualmente está integrada por 43 gobiernos. Su expansión fue obra del *Institute for Women's Health*, una organización privada estadounidense que ejerció la secretaría de la coalición hasta 2026, cuando pasó a Estados Unidos, que se encuentra activamente buscando nuevos socios. Su nombre le otorga una apariencia de formalidad multilateral que, en rigor, no tiene. El Consenso no es un tratado internacional, no tiene fuerza vinculante ni autoridad legislativa sobre los gobiernos participantes. Los Estados se suman por invitación, sin negociación intergubernamental, pues se trata de un compromiso de carácter político.

La declaración sostiene, entre otros puntos, que no existe un derecho internacional al aborto y que corresponde a cada Estado regularlo, y afirma la protección de la vida y a la familia como elemento natural y fundamental de la sociedad.

El gobierno de Javier Milei adhirió el 13 de agosto de 2026, sumándose a República Dominicana, Guatemala, Paraguay y Haití en América Latina. La firma no deroga nada: la Ley 27.610 sigue plenamente vigente. Lo que sí introduce es un lenguaje ajeno al que el Estado argentino sostuvo en todas las plataformas que suscribió hasta el momento, tanto en los tratados que lo obligan como en los acuerdos programáticos del sistema multilateral. Donde esos instrumentos hablan de derechos sexuales y reproductivos, igualdad de género y acceso a la salud, el llamado Consenso de Ginebra habla de protección de la vida, fortalecimiento de la familia y soberanía nacional, y niega que exista un derecho internacional al aborto. Sin embargo, el Estado continúa formando parte del sistema formal de derechos humanos. Así, por ejemplo, el Consenso de Montevideo (el instrumento que plantea de manera más directa acuerdos sobre derechos sexuales y reproductivos en nuestra región, aprobado hace trece años con el acuerdo del gobierno argentino) fue retomado en la Sexta Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, celebrada en Montevideo en 2026, y conserva todo su alcance y sus compromisos. La coexistencia de ambos deja al descubierto tensiones e inconsistencias.





Mortalidad materna, una deuda que se acrecienta²¹

La razón de mortalidad materna aumentó 37% en 2024 respecto de 2023.

El aumento de 2024 profundiza la tendencia ascendente de la mortalidad materna de la última década.

Las muertes maternas por aborto muestran una evolución diferente: se mantienen estables en los últimos tres años y las defunciones por abortos médicos se redujeron a la mitad en el período posterior a la sanción de la Ley 27.610 respecto del trienio previo.

La mortalidad materna es uno de los indicadores de impacto más duros para evaluar el acceso a interrupciones seguras de embarazo. Proyecto mirar la analiza todos los años. En este reporte se refiere al 2024 ya que no hay cifras disponibles actualizadas²².

- * **La razón de mortalidad materna²³ fue 37% más elevada que en el año 2023 (4,4 x 10.000 nacidos vivos versus 3,2 x 10.000 nacidos vivos).** Esta diferencia se explica por un aumento absoluto del numerador (183 muertes maternas en el año 2024 versus 147 en 2023) y por una reducción del denominador (413.135 nacidos vivos en 2024 versus 460.902 en 2023).
- * Esta diferencia en las razones de muerte materna de un año a otro implica que en el año 2024, las personas con capacidad de gestar tuvieron 1,37 más riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio que en el año anterior. En otras palabras, **quienes se embarazaron en el año 2024 tuvieron una probabilidad de morir por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio 37% mayor que quienes se embarazaron el año 2023.**

21 Fuente: [Documento elaborado por Mariana Romero con la colaboración de Silvina Ramos, Edgardo Ábalos, Celeste Benetti, Ana Clara Bórmida, Valeria Isla y Daniela Guberman.](#)

22 Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas Vitales. Información Básica. Argentina - Año 2024. ISSN: 1668-9054. Serie 5 Número 68. Buenos Aires, enero de 2026

23 La razón de mortalidad materna refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio. Se calcula tomando como numerador el número de muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en un año dado sobre el número de nacidos vivos de ese año. Se utiliza como denominador el número de nacidos vivos como una aproximación al número de mujeres expuestas a morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. (Op. cit)

- * Si bien la evolución de la razón de mortalidad materna en los últimos 20 años muestra una tendencia amesetada, **estos últimos datos traccionan de manera ascendente la tendencia de la última década, aún omitiendo las muertes maternas relacionadas al COVID-19 ocurridas en los años 2020 y 2021, lo que es aún más preocupante.**
- * El número absoluto de defunciones maternas por aborto, por otras causas obstétricas directas (como la hemorragia posparto, los trastornos hipertensivos o las infecciones) y por causas indirectas (mujeres a quienes se les agrava una condición de salud pre-existente por el evento reproductivo)²⁴ no muestran cambios significativos en los últimos 5 años.
- * El número de defunciones maternas por embarazos terminados en aborto tuvo una tendencia decreciente desde 2015 hasta 2021 manteniéndose así en el trienio 2022-2024.
- * El número de defunciones por abortos médicos (que incluye los abortos legales según la Clasificación Internacional de Enfermedades así como otros abortos y abortos no especificados²⁵) disminuyó a la mitad al comparar los valores del trienio previo a la sanción de la Ley 27.610 con el trienio posterior.

²⁴ Muerte materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención principalmente códigos 000-099, A34 de la CIE-10), pero no por causas accidentales o incidentales (<https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/ses/definiciones>).

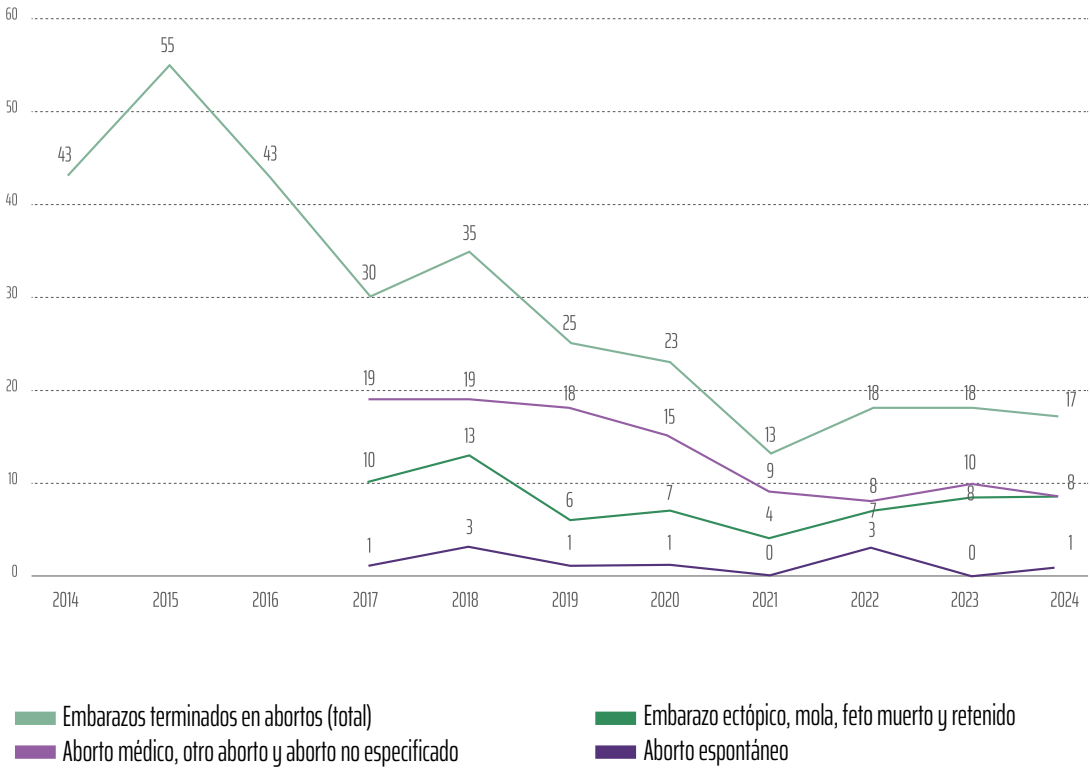
Las causas de muerte materna son de dos tipos:

- obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas;
- obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

(<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>)

²⁵ En la CIE-10 los códigos para el aborto se encuentran en el rango 000-008 (Embarazo con resultado abortivo), con códigos específicos para aborto espontáneo (003) y para el aborto médico/terapéutico (004), que incluye el aborto legal y voluntario, mientras que 006 se usa para aborto no especificado, y 020.0 para amenaza de aborto. (<https://ais.paho.org/classifications/chapters/CAP15.html>).

**Defunciones maternas por embarazos terminados en aborto.
Argentina 2011 2024**



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Embarazo terminado en aborto (total)	43	55	43	30	35	25	23	13	18	18	17
Aborto médico, otro aborto y aborto no especificado				19	19	18	15	9	8	10	8
Embarazo ectópico, mola, feto muerto y retenido				10	13	6	7	4	7	8	8
Aborto espontáneo				1	3	1	1	0	3	0	1



Descenso de la natalidad y fecundidad en Argentina. Una alarma innecesaria, una oportunidad para pensar el futuro

Argentina registró una caída del 69% en la fecundidad de niñas de 10 a 14 años y del 70% en la franja de 15 a 19 años en la última década.

Las transformaciones culturales y de la vida social convirtieron la maternidad y la paternidad en una opción personal.

El acceso a la anticoncepción y la interrupción del embarazo, junto con restricciones derivadas de la incertidumbre económica y la escasez de políticas de corresponsabilidad para el cuidado, son parte de los elementos que explican el fenómeno.

En los últimos tiempos apareció en escena una preocupación política sobre la baja de la natalidad y la fecundidad en la Argentina. En los medios circularon algunos datos y muchas opiniones. Queremos señalar aspectos que consideramos clave para mensurar este fenómeno y dar cuenta de sus posibles causas.

Veamos primero los rasgos cuantitativos principales de esta tendencia que tiene presencia en todo el mundo:

- 1 La proporción de países que están por debajo de la tasa de reemplazo en las distintas regiones del mundo está en ascenso. En Europa es casi el 100%. En América Latina y el Caribe el 75%.
- 2 La tasa global de fecundidad²⁶ ha descendido desde la década de 1970 en todos los países de América Latina y El Caribe. En 2024, el cono sur presentaba la fecundidad más baja de la región. Chile y Uruguay tienen una fecundidad aún menor que la de Argentina (1,13 1,39 y 1,5 número de hijos nacidos vivos por mujer de 15 a 49 años respectivamente).²⁷

26 La tasa de fecundidad es un concepto que expresa el número promedio de hijos por mujer a lo largo de la vida fértil. (CEPAL)

27 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2025). Observatorio Demográfico, 2025 (LC/PUB.2025/19-P).

3 Las tasas específicas de fecundidad adolescente han descendido en todas las regiones del mundo, incluida América Latina y el Caribe. Pero en la última década, Argentina registró un fenómeno único: no sólo el descenso de la tasa de fecundidad sino un descenso marcado de la fecundidad de 10 a 14 años (69%) y de 15 a 19 años (70%).^{28 29 30}

4 En la última década, la natalidad³¹ descendió 46% en Argentina. Entre niñas y adolescentes, el descenso fue mayor: 68%.

Para explicar las razones de este fenómeno demográfico y social, los análisis sostienen la hipótesis de varios factores que confluyen: transformaciones culturales, cambios en las relaciones de género, restricciones e incertidumbre económicas, disponibilidad de tecnologías reproductivas, aumento de la agencia reproductiva,³² y expectativas sobre el futuro.³³ También intervienen los que han sido señalados como los determinantes próximos de la fecundidad: exposición a la vida sexual, formación y estabilidad de las parejas, acceso a la anticoncepción y a la interrupción del embarazo, infertilidad y acceso a la fertilización asistida.³⁴

Las transformaciones culturales han dado lugar a una secularización de la vida social (diversificación de las formas de familia, sistema jurídico separado de las iglesias, educación laica, individuación de las trayectorias de vida y jerarquización de la autonomía personal). Estas transformaciones han hecho que la maternidad y la paternidad hayan dejado de ser modelos sociales esperados para convertirse en una elección individual que interactúa con otras opciones de integración social y desarrollo personal.

Otro conjunto de razones se basan en los costos de la crianza conjugados con la incertidumbre sobre los ingresos futuros. Ambos confluyen para dar lugar a niveles de inseguridad económica que empujan a las personas a postergar, reducir o anular el proyecto reproductivo.

También los estudios plantean que la fecundidad disminuye cuando los cambios en las aspiraciones de género (particularmente el acceso a la educación y

28 CEPAL. América Latina y el Caribe: Estimaciones y proyecciones de población

29 Ministerio de Salud. Estadísticas Vitales años 2015 a 2024.

30 Ramos S et al. (2025). Plan ENIA 2017-2023. Oportunidades de vida para adolescentes en la Argentina.

31 La natalidad refiere al número de nacimientos vivos ocurridos en una población durante un período determinado -generalmente un año-. (CELADE)

32 La agencia reproductiva es la capacidad de las personas para formular sus propias intenciones reproductivas y convertirlas en comportamientos efectivos mediante decisiones autónomas, en interacción con las oportunidades y restricciones sociales. (Morgan, S. Philip, & Rackin, Heather. (2010). *The Correspondence Between Fertility Intentions and Behavior in the United States*. Population and Development Review, 36(1), 91-118)

33 UNFPA (2019). *Low Fertility: A Review of the Determinants*.

34 Bongaarts, J. (2015). Modeling the fertility impact of the proximate determinants: Time for a tune-up. Demographic Research, 33, 535-560.

al mercado de trabajo de las mujeres) no son acompañados por políticas e instituciones que faciliten el cuidado. Las dificultades de conciliar trabajo y crianza en el contexto de un déficit generalizado de esas políticas presiona sobre la demanda de asistencia personal, especialmente de las mujeres. Por sobre esto, aún es insuficiente el modelo de corresponsabilidad entre los géneros, lo que también dificulta la creación de condiciones habilitantes para encarar una trayectoria reproductiva.

Por último, los determinantes próximos de la fecundidad también condicionan el comportamiento reproductivo. En este sentido, el mayor acceso a la anticoncepción y a la interrupción del embarazo generan oportunidades para reconfigurar la trayectoria reproductiva de las personas. Y esto es lo que ha sucedido en la Argentina en las últimas décadas como consecuencia de políticas públicas sostenidas en salud y derechos sexuales y reproductivos.

Para leer el fenómeno del descenso de la natalidad y la fecundidad hay que mirar los derechos que construyen agencia reproductiva, la desigualdad social que crea más o menos oportunidades de inserción social y desarrollo personal, y los proyectos de vida que la cultura habilita³⁵. Este fenómeno puede estar expresando más autonomía, más derechos y más acceso a la salud sexual y reproductiva, más escolarización y proyectos propios, y mayor capacidad de decidir si, cuándo y cuántos hijos tener. Y al mismo tiempo puede estar expresando restricciones, mayor precariedad e incertidumbre económica, más dificultades para cuidar, persistentes desigualdades de género y mayor imposibilidad de tener los hijos deseados según las condiciones aspiracionales de crianza, desarrollo personal y apuesta a un proyecto reproductivo.

A futuro, la conversación social sobre este tema sería más estratégica e inspiradora si pudiéramos migrar desde el debate sobre la crisis demográfica (la conveniencia de más o menos nacimientos) a otro debate sobre las condiciones para que las personas puedan decidir en libertad y las comunidades y el Estado puedan cuidar.

35 Ramos, S. (agosto 2026). [¿Por qué tenemos menos hijas/os? Cinco claves para entender la caída de la natalidad](#)



Mensajes finales

Este nuevo reporte anual del proyecto mirar buscó, al igual que ediciones anteriores, ofrecer información sistematizada y de alcance nacional sobre el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo en la Argentina. Los datos producidos en base a los pedidos de información pública, los aportes del monitoreo social realizado por organizaciones de la sociedad civil, y los hallazgos sobre la situación normativa dan cuenta de un panorama estable. Esto quiere decir que, a pesar de las enormes dificultades del contexto general del país y la decisión del gobierno nacional de desentenderse de esta política pública, la misma ha encontrado respaldo en muchas provincias transcurridos 5 años de la sanción de la Ley 27.610.

En este panorama se destacan algunos rasgos. En primer lugar, el sostenido apoyo de la mayoría de la sociedad a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, como sugieren los estudios de opinión pública realizados en 2025 y 2026. Esa tendencia marca un consenso respecto a no dar marcha atrás con la ley: el acceso a la interrupción del embarazo forma hoy parte de la agenda cumplida de la democracia en la Argentina y se reconoce que ese acceso afecta positivamente la vida de adolescentes y mujeres.

En segundo lugar, los diversos indicadores cuantitativos muestran también que la cantidad de interrupciones no ha variado, tampoco el número de establecimientos que realizan abortos ni la altísima proporción de abortos que se realizan dentro de las 12 semanas de gestación. Esta evidencia permite concluir que el compromiso de los equipos de salud en brindar servicios y de las autoridades provinciales en invertir en insumos para el aborto seguro está presente en el 2025, casi con iguales resultados que en los años anteriores.

En tercer lugar, las iniciativas legislativas y judiciales dirigidas a restringir o cuestionar la Ley 27.610 no avanzaron, manteniendo la tendencia de los últimos años. Tampoco aquellos proyectos orientados a derogarla.

Sin duda, la política de acceso al aborto no sólo puede ser observada a través de los indicadores cuantitativos y cualitativos que proyecto mirar sistematiza. Los diversos monitoreos de la sociedad civil alertan sobre desigualdades en el acceso e incumplimientos en la garantía de calidad de la atención en distintos territorios.

Por sobre esto, el abandono del Ministerio de Salud de la Nación de su rol de rectoría y de proveedor de insumos de salud sexual y reproductiva en general, y de medicamentos para el aborto en particular, ha generado una situación de enorme desbalance en la capacidad de las provincias de responder al nuevo escenario. El impacto generado por esta situación es —y seguirá siendo— un aumento de las inequidades en el acceso a la salud sexual y reproductiva.

A casi 6 años de sancionada la Ley 27.610, el acceso al aborto sigue en pie. Era de esperar que una política construida sobre la base de muchos años de debate social y de un fuerte consenso de la sociedad que prontamente mostró resultados positivos en el descenso de la mortalidad materna por aborto y la reducción de las maternidades forzadas tuviera capacidad de responder a un contexto adverso. Por sobre todas las cosas, el compromiso de los equipos de salud, las decisiones de autoridades provinciales y la vigilancia de la sociedad civil muestran un engranaje virtuoso para sostener el derecho de las personas a interrumpir un embarazo.



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

ISBN 978-631-90872-7-7



9 786319 087277

