

Reporte anual 2024:

LA LEY A TODA COSTA



50 AÑOS CEDES

Ibis
Reproductive
Health





Autoras

Ramón Michel, Agustina
Romero, Mariana
Ramos, Silvina
Ariza Navarrete, Sonia
Benetti Catarineu, Celeste
Guberman, Daniela
Isla, Valeria
Keefe-Oates, Brianna
Krause, Mercedes

Agradecemos la colaboración de Silvina Molina y Diego García

Diseño y diagramación

Agencia BI

Cita recomendada

Agustina Ramón Michel ... [et al.] Reporte anual 2024 : la ley a toda costa - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), 2025.

Disponible en:

<https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4813>

ISBN

978-631-90872-5-3

ÍNDICE

Presentación

1. Contexto político: La política de la zozobra

- 1.1. Destacados principales del contexto político
- 1.2. La coyuntura 2025

2. El acceso al aborto en 2024: una mirada federal

- 2.1. Aborto en números
- 2.2. Respuestas provinciales para sostener la ley

3. La voz de las usuarias: la Encuesta MACA

- 3.1. ¿Qué es MACA?
- 3.2. ¿Cuál es su objetivo?
- 3.3. ¿Cómo se aplicó?
- 3.4. ¿Cuáles son sus resultados?

4. Panorama regulatorio: ataques y defensa de la política en salud sexual y reproductiva

- 4.1. Tendencias generales
- 4.2. Proyectos que sostienen y amplían derechos
- 4.3. Proyectos restrictivos
- 4.4. Dinámica regulatoria nacional
- 4.5. Judicialización

5. Mensajes finales

PRESENTACIÓN

El reporte anual 2024 es el primero que abarca el monitoreo de un año completo luego del cambio de gestión de gobierno en diciembre de 2023. Como todos los reportes de proyecto mirar, actualiza y sistematiza información cuantitativa y cualitativa sobre el acceso al aborto en la Argentina.

En primer lugar, el informe da cuenta de las principales coordenadas del contexto político nacional para enmarcar la situación del acceso al aborto en Argentina.

Luego, se presenta la información reportada por las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, relevada a través de los pedidos de acceso a la información pública sobre la implementación y los resultados de la política de acceso al aborto realizados desde el proyecto mirar. Además de las respuestas formales de las provincias, se incluye la información suministrada por el Ministerio de Salud de la Nación, así como la obtenida en el marco de actividades desarrolladas con algunas de las jurisdicciones, que aportan una mirada cualitativa a los indicadores reportados.

Por último, el reporte presenta la voz de las personas que han accedido a un aborto, recuperada a través de la Encuesta MACA (Medimos Acceso y Calidad del Aborto), así como el panorama de las normas y regulaciones en materia de salud sexual y reproductiva generadas entre enero y julio de 2025.

Deseamos que este reporte brinde información útil y oportuna sobre la situación de la política de acceso al aborto y de salud sexual y reproductiva en la Argentina. Nos anima la intención de identificar las amenazas y los obstáculos que el retiro de la gestión nacional en la garantía de esta política han implicado, así como también, los esfuerzos y compromisos de las provincias y de los equipos de salud para que la ley se siga cumpliendo.

1. Contexto político: La política de la zozobra

1.1. Destacados principales del contexto político

Los destacados políticos desde el último reporte del proyecto mirar son tres.

El gobierno mantiene su posición contra las agendas de género y de salud sexual y reproductiva.

Los cambios normativos en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos se mantienen fuera de las prioridades del gobierno, por ahora, aunque la desarticulación y el desfinanciamiento de varias políticas en este campo ya son un hecho consumado.

La sociedad mantiene una visión positiva acerca de las agendas de género y de salud sexual y reproductiva.

En primer lugar, el presidente Javier Milei mantiene su posición en **contra de la interrupción voluntaria del embarazo**, tal como indicó en su discurso en el Foro de Davos en enero y en su discurso en la Cámara de Comercio de los Estados Unidos en mayo.

En segundo lugar, durante 2025, la agenda y el movimiento feminista en general quedaron por detrás de otros focos de críticas prioritarias del gobierno. **Las y los periodistas y la oposición kirchnerista fueron su principal objetivo. Si bien la agenda de salud sexual y reproductiva ya sufre de maneras muy concretas -como la suspensión de la compra de medicamentos para el aborto por parte del Ministerio de Salud nacional-, todavía no se trasladó a embates legislativos decididos, pero es una situación de zozobra y fragilidad pues en cualquier momento puede surgir un nuevo ataque.**

Podemos hipotetizar algunas razones para esta situación. En primer lugar, porque la comunicación del

gobierno busca nuevos focos de crítica. Literalmente, cada semana, en una estrategia de "choque y horror" o "inundar la zona" (*flood the zone*) que, según explica [Sonia Correa y otros](#), es una forma común a otros gobiernos -como el de Trump- que busca generar un estado de excitación y desconcierto políticos permanentes. Bajo esta sombra, la agenda de salud sexual y reproductiva, la de género y el movimiento feminista pueden volverse objetivos centrales de un momento para el otro. En segundo lugar, porque lo que en Argentina se llama la "batalla cultural" podría ganar más protagonismo si se confirma que el programa económico del presidente Milei ya ofreció su resultado más sonante: el desplome de la inflación. O al revés, si el mismo fracasa de modo palmario. Y, en el contexto de esta "batalla", la derogación de la ley IVE ILE puede ser un recurso para controlar la agenda pública. Hay que tener presente que, **al interior del movimiento mileista, crece el reclamo contra el gobierno por la falta de iniciativa respecto al aborto**, tal como expresó el ex secre-

tario de culto del Gobierno, Francisco Sánchez: "...el compromiso con la vida no puede seguir pendiente, y a casi 2 años poco y nada se hizo".

En tercer lugar, las políticas de salud sexual y reproductiva conservan un apoyo significativo en la sociedad, según el estudio [Puntos de Vista](#) coordinado por el CEDES. En este estudio, **más del 70% consideró que el Estado debe invertir en métodos anticonceptivos y prevención de ITS y embarazo adolescente, incluyendo la educación sexual integral.** El apoyo al aborto seguro alcanza el 50%, con mayor respaldo en mujeres; y llega al 49% entre personas que conocen a alguien que abortó. La encuesta indica que la agenda de salud sexual y reproductiva recibe mejor consideración que el movimiento de mujeres. El 41% de las personas consultadas respondió que es "generador de justicia", mientras que un 28% lo calificó como "hipócrita".

1.2. La coyuntura 2025

Las políticas de salud sexual y reproductiva padecieron recortes presupuestarios en 2025. El más severo fue el **cierre del Plan ENIA.** Si bien hay proyectos de ley en el Congreso para darle continuidad, hasta agosto de 2025 no hubo avances decisivos. También fue suspendida la provisión de misoprostol y mifepristona por parte del Ministerio de Salud de la Nación, quedando la compra a cargo de los gobiernos provinciales, sin un plan formal de traspaso ni financiamiento del gobierno nacional. El informe [También es por vos](#), de Amnistía Internacional, asegura que entre 2024 y 2025 hubo **una reducción del 81 % en la provisión de métodos anticonceptivos y tests de embarazos y un aumento de casos de obstrucción de interrupciones voluntarias y legales del embarazo.**

Estos recortes pueden ser interpretados en el marco de la crítica oficial al movimiento de mujeres, pero también deben ser inscriptos como parte del ajuste fiscal previsto por el gobierno nacional, que se extiende a otras áreas del sistema de salud y de los servicios estatales en general. En salud, la falta de actualización del monto de los salarios de los médicos residentes del Hospital Garrahan y de las pensiones por discapacidad son los conflictos que tuvieron más protagonismo. Aunque fueron acompañados por otras reformas, como la autorización para cobrar a ciudadanos extranjeros el uso del sistema público de salud, la descentralización del examen de residencias médicas o la flexibilización para la importación de medicamentos. **Estas discusiones se dieron en el marco de un sistema de salud que agudiza su desarticulación, ineficiencia e inequidad.** Como explicaron [Aprile, Centrángolo y Goldschmidt](#) en su último artículo sobre la política de salud de la gestión Milei, el gobierno nacional mantiene el patrón de lo que los autores llaman "no políticas" de salud, agravando "la fragmentación y la pérdida de equidad que caracterizaron los últimos años del sector".

Fuera de la órbita de la salud en sentido estricto, jubilaciones, obra pública, salarios de la administración nacional y presupuesto universitario son las áreas en las que se concentró la política de reducción del déficit fiscal y que todavía están en el centro del debate político.

En este escenario, la política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos ha transitado por carriles de gran incertidumbre y ajustes improvisados debido al cambio de orientación de la política nacional. Las provincias enfrentaron una situación inédita y tuvieron que adaptarse a la situación con disímiles capacidades de respuesta. Todo esto bajo constantes embates discursivos o materiales contra lo que se conoce como la agenda de género.

2. El acceso al aborto en 2024: una mirada federal

2.1. Aborto en números

Esta sección tuvo como insumo clave los 19 informes enviados por las provincias en respuesta a los pedidos de acceso a la información pública.^{1 2} El número de provincias que respondieron se sostiene respecto del reporte de diciembre de 2024³, dando muestra del compromiso de rendir cuentas y de los esfuerzos de las gestiones provinciales para sostener la política de salud y derechos sexuales y reproductivos.

Los informes dan cuenta de la cantidad de IVE ILE, la proporción antes de las 12 semanas, el tipo de tratamiento ofrecido, los tiempos de resolución y los efectores disponibles según nivel de atención. También reportan información sobre la compra y disponibilidad de insumos y las posibilidades de ofrecer anticoncepción una vez resuelto el aborto.

1 En marzo de 2025 se enviaron a la jurisdicción nacional y a las 24 provincias argentinas pedidos de información acerca de la implementación de la Ley N°27.610. Estos pedidos se ampararon en la legislación de acceso a la información pública, en particular la Ley N°27.275. Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe, Tierra del Fuego respondieron oportunamente. El pedido de acceso a la información enviado al Ministerio de Salud de la Nación fue respondido el 01/09/2025.

2 Es de destacar que MujeresxMujeres publicó en 2024 el informe “Empalme Verde”, que releva la situación de efectores públicos que garantizan IVE ILE y la contrasta con pedidos de acceso a la información pública en la provincia de Tucumán.

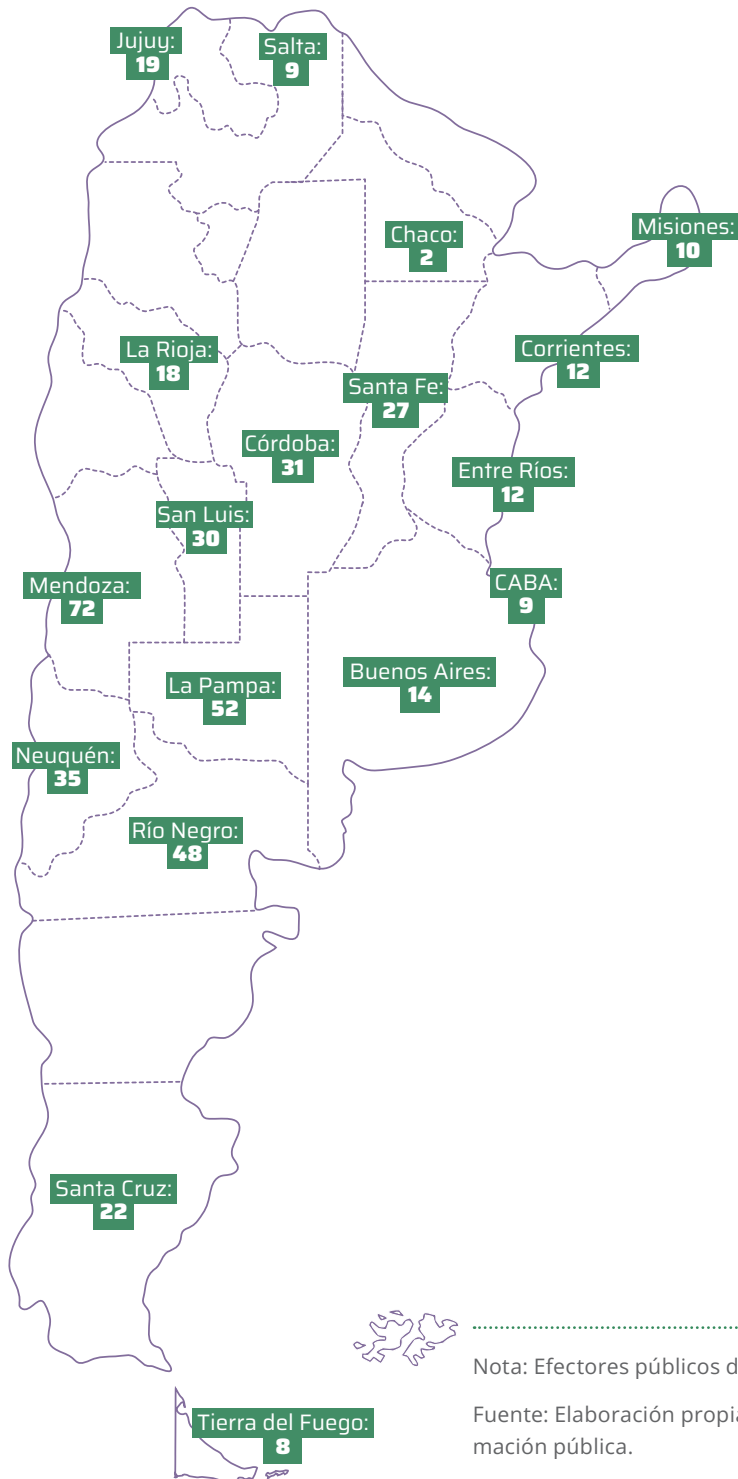
3 Ramón Michel A, Romero M, Ramos S. et.al. Insistir y persistir: el panorama del aborto en Argentina. Reporte diciembre 2024. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2024. Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4791>

► Los números agregados de IVE ILE en el año 2024 son similares a los del año 2023, con una alta proporción de interrupciones realizadas antes de las 12 semanas (84% a 96% según las jurisdicciones). Estos porcentajes son similares a los reportados en el Reino Unido, país que también cuenta con una política pública integral para la atención del aborto.⁴ Este indicador resume condiciones relevantes sobre la implementación de la política pública: la toma de decisión de las mujeres frente a la no intencionalidad de ese embarazo y la opción de interrumpirlo con asistencia de un equipo de salud, la disponibilidad de efectores de salud pública para albergar esa solicitud, y de tecnología segura y de calidad para el aborto ambulatorio.

► La conformación de la red de efectores que dan acceso a IVE ILE varía por provincias. Si bien suelen integrar los distintos niveles de atención, la organización y distribución territorial de la red pública y de los efectores que garantizan el aborto es muy heterogénea. En algunas provincias los efectores que dan acceso a IVE ILE son el 2% del total de efectores públicos. En otras, la proporción es 7 a 9 de cada 10 de las instituciones públicas. Las tasas de servicios que brindan IVE ILE por cada 100.000 mujeres de 15 a 49 años es otra forma de mirar la accesibilidad: 4 provincias tienen tasas iguales o menores a 9; 8 provincias tienen tasas entre 10 a 29 servicios, y 6 provincias tienen tasas mayores a 30 servicios. Las condiciones óptimas serían aquellas que combinan aspectos de accesibilidad territorial, administrativa, económica, cultural y técnica.

4 Department of Health and Social Care. Abortion statistics for England and Wales: 2018. 2019 Disponible en: <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2018>

Tasa de servicios de IVE ILE por 100.000 mujeres en edad fértil



Nota: Efectores públicos de IVE ILE cada 100.000 mujeres.

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

► En cuanto al **aseguramiento de insumos**, los informes dan cuenta de las dificultades impuestas por la decisión de la gestión nacional de no comprar mifepristona y misoprostol. Esta decisión unilateral enfrentó a las jurisdicciones, sobre todo, a la falta de previsibilidad en la provisión y distribución. No obstante, casi todas las provincias indican que realizaron compras de medicamentos para el aborto para sostener los servicios acorde a las recomendaciones de protocolos y guías. San Luis y Santa Fe contaron con misoprostol de producción pública. Santa Fe, además, produjo mifepristona por primera vez, la que fue aprobada para uso provincial en los últimos meses de 2024.

► Aun con las dificultades señaladas, **el aborto con medicamentos, particularmente con misoprostol, fue el procedimiento reportado más frecuentemente**. Esta es una tecnología segura y costo efectiva que permite que la persona -hasta las 12 semanas de embarazo- pueda realizarlo de forma ambulatoria. La aspiración manual endouterina (AMEU), opción segura y de calidad, se ofrece en efectores de 2°, 3° nivel y centros ambulatorios especializados. Cuando los informes la reportan, su incidencia no supera el 0,5% de todas las IVE, acorde a que 9 de cada 10 abortos ocurren en centros de atención primaria.

► **El plazo de resolución de 10 días a partir de la solicitud del aborto se logra cumplir en 95% de las IVE ILE** y coincide con lo reportado por las mujeres en el Estudio MACA (más adelante). Por su parte, el monitoreo de Católicas por el Derecho a Decidir⁵ realizado en población indígena y cam-

pesina en 12 provincias de Argentina⁶ indica que al menos 8 de cada 10 mujeres no accedieron a la IVE dentro de los 10 días estipulados por la ley.

► Buenos Aires, La Pampa, La Rioja, Misiones y San Luis informan tener **canales provinciales de comunicación** activos (0800 o WhatsApp) que permiten la búsqueda de atención sin requerir acercarse a un efector de salud como única alternativa de acceso. Salta y Santa Fe desarrollaron otras estrategias con líneas regionales y herramientas digitales como QR, formularios o correo electrónico.

► La información sobre **acceso y adopción de métodos anticonceptivos en el posaborto** no está reportada por todas las provincias. Neuquén y Santa Fe indican que se ofrece en todos los efectores activos. CABA, Río Negro y Chaco reportan que más de la mitad de las mujeres optan por métodos de larga duración en el posaborto.

► 13 de las 19 provincias indican la realización de **encuentros de actualización profesional en IVE ILE**. Aun así, monitoreos locales como el realizado por Adem⁷ indican que las/os profesionales y personal de salud refieren falencias en los conocimientos acerca de la Ley 27.610.

5 Monitoreo sociocultural y lingüístico de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y derechos sexuales y reproductivos en poblaciones indígenas y campesinas en Argentina / 1a ed - Córdoba : Católicas por el Derecho a Decidir, 2024. <https://cuerposylibertades.catolicas.org.ar/coleccion/monitoreo-sociocultural-y-linguistico-2024/>

6 Jujuy, Salta, Catamarca, La Rioja, Santiago del Estero, Córdoba, Buenos Aires, Chubut, Río Negro, Neuquén, Chaco y Mendoza.

7 ADEM. Informe completo del monitoreo social 2025. San Luis. Argentina. <https://drive.google.com/file/d/1xdKZv2CL-bkP7WIKQrvSfi6gdK9GnHZdC/view?usp=drivesdk>

LOS DATOS DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

En septiembre de 2025 se remitió información desde el Ministerio de Salud de la Nación en respuesta al pedido de acceso a la información pública. Se destaca:

- ▶ Según datos del Censo 2022, la tasa de fecundidad es de 1,4 hijos por mujer, con variaciones de acuerdo a la provincia de residencia. Las mujeres que habitan en CABA tienen en promedio casi 1 hijo menos que las que viven en Santiago del Estero, Misiones y Formosa.
- ▶ Los resultados del Censo 2022 muestran un descenso muy pronunciado del porcentaje de mujeres adolescentes con hijas e hijos en comparación con los del Censo 2010: de 13,1% a 6,4%.
- ▶ A nivel nacional el 55,3% de los embarazos no son planificados, considerando como denominador a los 188.818 registros del SIP -G donde la pregunta fue respondida. En 6 provincias esta variable está sin datos en más del 20% de los nacimientos registrados, por lo que la interpretación del descenso debe ser realizada con cautela.
- ▶ 578 es el número de efectores que dieron acceso a IVE ILE en 2024, sin contar con información de 6 provincias.
- ▶ 36.782 es el número de IVE ILE en el mismo período. 2 provincias no reportaron y 12 lo hicieron de forma parcial.
- ▶ 93% de las secuencias de la línea 0800 de ese año fueron por IVE ILE (8.529 de 8.885): 622 por obstaculización, 10 por maltrato y 9 de personas con discapacidad.
- ▶ Durante 2024, no se compraron medicamentos para aborto. La Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva señala en el informe que “atendiendo las competencias propias, no se adquieren ni distribuyen los insumos aquí mencionados ya que cada efector de salud tiene responsabilidades y obligaciones primarias para la garantía de acceso efectivo a la prestación”.

Fuente: Pedido de acceso a la información pública recibido en septiembre de 2025.



EVOLUCIÓN DE LAS MUERTES MATERNAS

En el año 2023 el número de muertes maternas por acceso a abortos seguros y legales sostuvo la evolución observada, tanto de las muertes relacionadas al aborto médico, otros abortos y abortos no especificados como aquellas de causas obstétricas indirectas.

Desde 2017, es posible observar el número de muertes relacionadas con las interrupciones de embarazos dentro del marco normativo, así como las complicaciones de abortos inseguros sin especificar. El número de muertes por estas causas disminuyó especialmente a partir de la sanción de la Ley 27.610, lo que supone la incorporación progresiva de prácticas que promueven la oportunidad, calidad y seguridad de la atención a la vez que se trabaja para asegurar la posibilidad de acceso a opciones dentro del marco normativo.

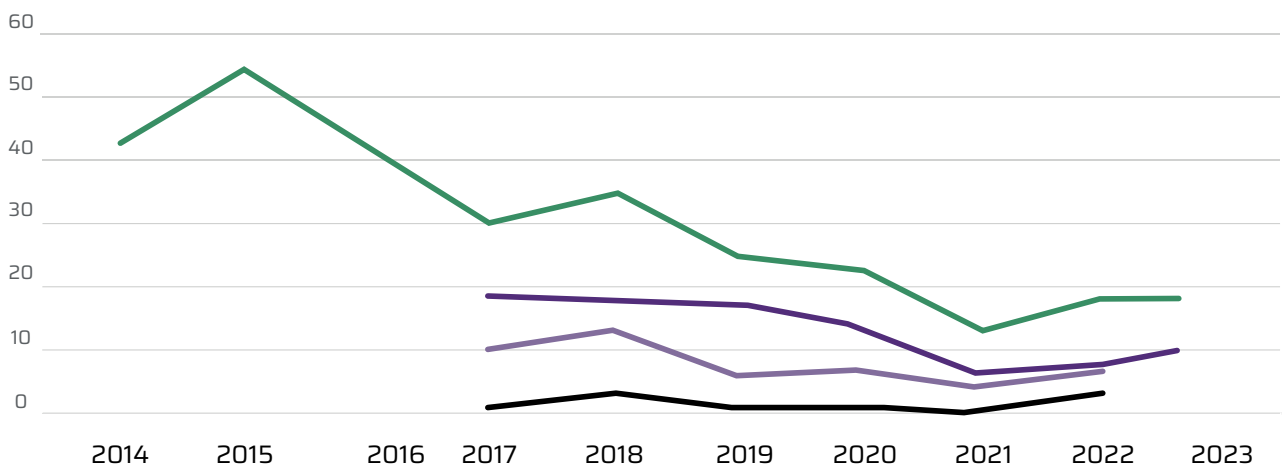
La opción de interrumpir un embarazo ante riesgos para la salud o la vida o en casos de violación -si bien vigentes en el Código Penal desde 1921- comienza a considerarse en la práctica desde 2012 con el fallo F.A.L. Los datos muestran que las muertes maternas de causa indirecta (las que ocurren como resultado de enfermedades preexistentes, o que surgen o se agravan durante el embarazo y ponen en riesgo la salud o la vida) han disminuido en la última década vía el acceso a los abortos permitidos por la ley. Aun así, representan un tercio de las muertes maternas, por lo que es un imperativo sostener las acciones de consejería oportuna tanto preventiva como de posibilidades de interrupción del embarazo, acorde a las expectativas y necesidades de las personas, para habilitar las decisiones ante los riesgos para la salud o su vida que pueden implicar un embarazo o su continuación.

Número de muertes maternas por embarazo terminado en aborto y subcategorías Argentina, 2019-2023

	2019	2020	2021	2022	2023
Embarazo terminado en aborto (total)	25	23	13	18	18
Embarazo ectópico, mola, feto muerto y retenido	6	7	4	7	0
Aborto espontáneo	1	1	0	3	0
Aborto médico, otro aborto y aborto no especificado	18	15	9	8	10

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

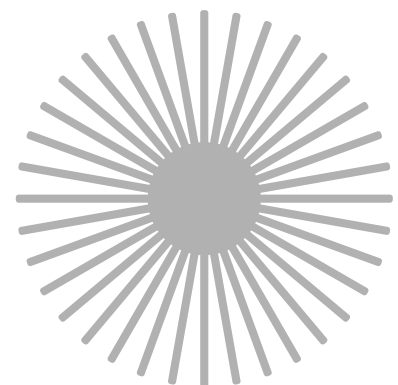
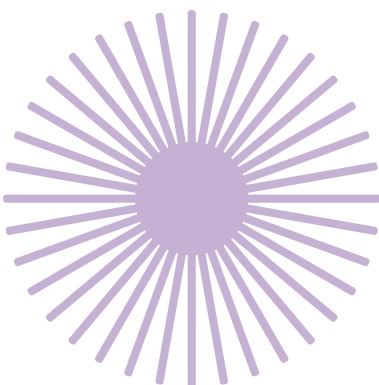
Número de muertes maternas por embarazo terminado en aborto y subcategorías Argentina, 2014-2023



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

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

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



2.2. Las respuestas provinciales para sostener la ley

La política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos transitó este período en un contexto de gran incertidumbre y ajustes improvisados debido al cambio de orientación de la política nacional, tal como fue mencionado al inicio de este reporte.

El escenario al que se enfrentaron las provincias estuvo condicionado centralmente por:

- ▶ la discontinuidad en la distribución de insumos anticonceptivos y de medicamentos para el aborto por parte del ministerio nacional;
- ▶ la falta de definición sobre los objetivos y lineamientos de la nueva gestión y la ausencia de rectoría de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, tanto en aspectos operativos como técnicos.

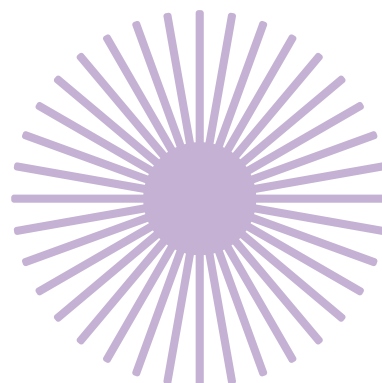
En una reunión realizada en el mes de junio del 2025 con referentas/es de salud sexual y reproductiva provinciales⁸ se identificaron un conjunto de desafíos y ventanas de oportunidad del nuevo escenario:

1. Se fortalecieron y mejoraron las competencias de los equipos de gestión provinciales para iniciar y acompañar procesos de compra de insumos. A lo largo de 2024 distintas provincias pudieron adquirir anticonceptivos y medicamentos para aborto. No obstante, siguen enfrentando dificultades, siendo las principales: la falta de previsibilidad, dada principalmente por el retiro de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en la distribución de insumos; el presupuesto asignado y los flujos de fondos disponibles; las condiciones normativas de los procesos de compra; la oferta de los proveedores (por ej., diferencias de precios en relación a las cantidades que pueden adquirir, compras a intermediarios).
2. Las dificultades en la disponibilidad de medicamentos para el aborto plantearon la necesidad y oportunidad de promover el uso de la

AMEU. Varias provincias capacitaron a equipos y ampliaron los servicios que brindan esta prestación durante 2024 y los meses transcurridos de 2025. No obstante, esta estrategia de reemplazo no es suficiente, en tanto la mayor parte de los abortos se realizan en el primer nivel de atención.

3. Se sostuvieron los equipos de salud que garantizan el acceso a IVE ILE, aunque preocupa el posible impacto de los discursos reaccionarios que generan un clima de amenaza e incertidumbre, impactando negativamente en la seguridad de las/os profesionales, en los circuitos de atención y en desinformación y confusión en las personas usuarias respecto a la vigencia de la ley. Este contexto adverso plantea el desafío de sostener espacios y mecanismos de acompañamiento a los equipos y el trabajo articulado con las organizaciones sociales, como las redes de socorristas.
4. Se destacó la importancia de ampliar competencias y funciones de algunos perfiles profesionales, impulsando el [modelo de tareas compartidas en atención de la salud sexual y reproductiva](#) que promueven los organismos internacionales de salud. Se valoraron las tareas de enfermería y obstetricia y se acordó el objetivo estratégico de fortalecer el marco normativo del ejercicio de ambas disciplinas para habilitar su involucramiento en la atención del aborto.

⁸ Esta reunión se realizó en el marco del trabajo que proyecto mirar realiza en articulación con REDAAS de asistencia técnica y acompañamiento en la política de acceso al aborto.



Este último desafío ha tenido resultados positivos concretos durante el 2024:

► La provincia de Mendoza actualizó, mediante el [decreto 2088/2024](#), el vademécum obstétrico, incluyendo los medicamentos para el aborto seguro. Esto habilita a obstétricas/os a prescribirlos al momento de la consejería integral, ampliando el acceso a interrupciones voluntarias del embarazo en el primer nivel de atención y mejorando la calidad en la atención.

► La provincia de Entre Ríos aprobó, en diciembre del año 2024, la [Ley 11.180](#) de ejercicio profesional de la obstetricia, que actualizó la ley de 1967. Según esta nueva norma, las personas licenciadas en obstetricia están habilitadas a brindar asistencia pre, durante y pos evento obstétrico. También, entre otras competencias, la ley establece que pueden dar asesoría y consejería integral en derechos sexuales reproductivos y no reproductivos; prescribir métodos anticonceptivos de corta duración y colocar los de larga duración; solicitar ecografías obstétricas; brindar consejería en salud integral a niñas, niños y adolescentes integrando equipos interdisciplinarios. Esta ampliación de las competencias de la obstetricia mejora el acceso y la calidad en la atención en salud sexual y reproductiva y jerarquiza el trabajo de este colectivo profesional.

► La provincia de Jujuy aprobó, mediante la resolución 082 del Ministerio de Salud, la actualización del vademécum obstétrico, incluyendo los medicamentos para el aborto seguro. Si bien fue aprobada a inicios de 2025, da cuenta de un proceso de trabajo que llevó a cabo el equipo provincial de salud sexual y reproductiva durante 2024. Con pleno respaldo de las autoridades sanitarias, las personas licenciadas en obstetricia podrán prescribir estos medicamentos en el marco de consejerías en salud sexual y reproductiva y dar acceso a interrupciones voluntarias del embarazo en el primer nivel de atención.

► Cabe destacar que estas tres normativas siguen el camino de la provincia de Neuquén, que [habilitó en 2023 a quienes ejercen la obstetricia a prescribir mifepristona y misoprostol a sus pacientes](#).

Todos estos cambios regulatorios se enmarcan en las recomendaciones de los organismos internacionales de salud en términos de responsabilidad compartida de los equipos de salud para garantizar el acceso al aborto. También responden a los lineamientos de la Confederación Internacional de Obstétricas, que en 2024 actualizó sus [recomendaciones respecto a las competencias de ese colectivo profesional](#) e incluyó entre ellas la atención del aborto.



3. La voz de las usuarias: la Encuesta MACA

3.1. ¿Qué es MACA?

La Encuesta MACA (Medimos Acceso y Calidad del Aborto) es el primer instrumento validado y estandarizado para medir el acceso y la calidad de los servicios de aborto en todos los subsectores del sistema de salud argentino y según la ley de aborto vigente.

Fue diseñada por el proyecto mirar en 2022. Se propone medir las brechas en el acceso y la calidad de la atención, dos dimensiones clave de la política de aborto sobre las cuales falta información pública. Su desarrollo e implementación se hizo en colaboración con la Red MACA de proveedores de servicios de aborto, organizaciones de mujeres y tomadores de decisiones de todo el país.

Es una herramienta que puede ser aplicada en distintos contextos, ya que es pública y de acceso abierto ([Manual para la aplicación de la Encuesta MACA](#)).

3.2. ¿Cuál es su objetivo?

La Encuesta MACA es una herramienta de monitoreo de la implementación de la Ley 27.610 en el nivel de los servicios de aborto y desde la perspectiva de las personas usuarias. Desde un enfoque de derechos humanos, monitorea el cumplimiento de obligaciones fundamentales del Estado y otros actores en materia de salud. En tanto la ley vigente garantiza el derecho a acceder de forma gratuita a un aborto hasta las 14 semanas de gestación inclusive y dentro de los diez días desde la solicitud, se seleccionaron para la encuesta indicadores clave que permiten conocer el grado de ajuste de los servicios con dicha normativa:

- ▶ trato digno;
- ▶ no discriminación;
- ▶ autonomía en la toma de decisiones;
- ▶ acompañamiento;
- ▶ confidencialidad;
- ▶ acceso a información y métodos anticonceptivos;
- ▶ atención integral y continua desde la recepción de la persona hasta la atención posaborto;
- ▶ cobertura gratuita;
- ▶ procedimientos según estándares internacionales de la OMS y
- ▶ plazo máximo de 10 días corridos desde la solicitud del aborto.

3.3. ¿Cómo se aplicó?

Es una encuesta anónima y autoadministrada, en la que participaron usuarias de los servicios de aborto que conforman la Red MACA. Esta es una muestra de servicios históricamente comprometidos con la atención de IVE ILE y dispuestos a evaluar su calidad con la perspectiva de prestar el mejor servicio posible en consonancia con la ley y con las expectativas de las personas usuarias.

Los resultados describen la experiencia de atención de quienes accedieron a un aborto en estos servicios seleccionados, y no son representativos de la población que busca abortar.

La encuesta MACA se ha aplicado de manera sistemática desde 2023 hasta 2025 en cuatro ondas de trabajo de campo, en 6 provincias y en todos los subsectores del sistema de salud (público, privado, de obras sociales y comunitario). Los resultados muestran consistencia a través del tiempo y se presentan de manera agregada con un total de 904 casos.

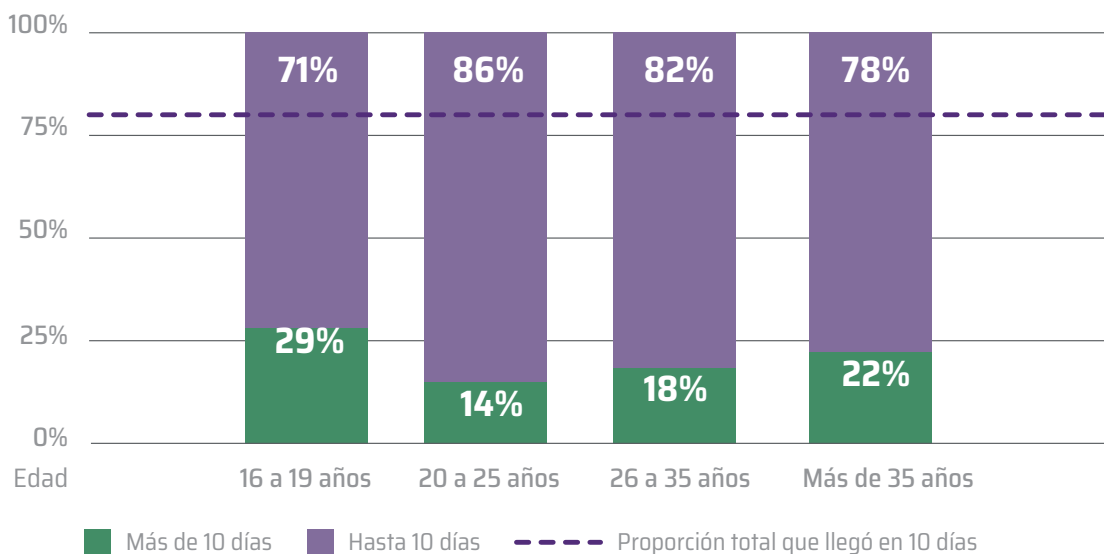
3.4. ¿Cuáles son sus resultados?

Los resultados de la encuesta provienen de distintas provincias y subsectores de salud e indican que **8 de cada 10 personas encuestadas accedieron dentro del plazo fijado por ley, aunque casi la mitad tuvo que pagar parte de los servicios**. Estas experiencias presentan diferencias de acuerdo a algunas variables sociodemográficas.

Acceso

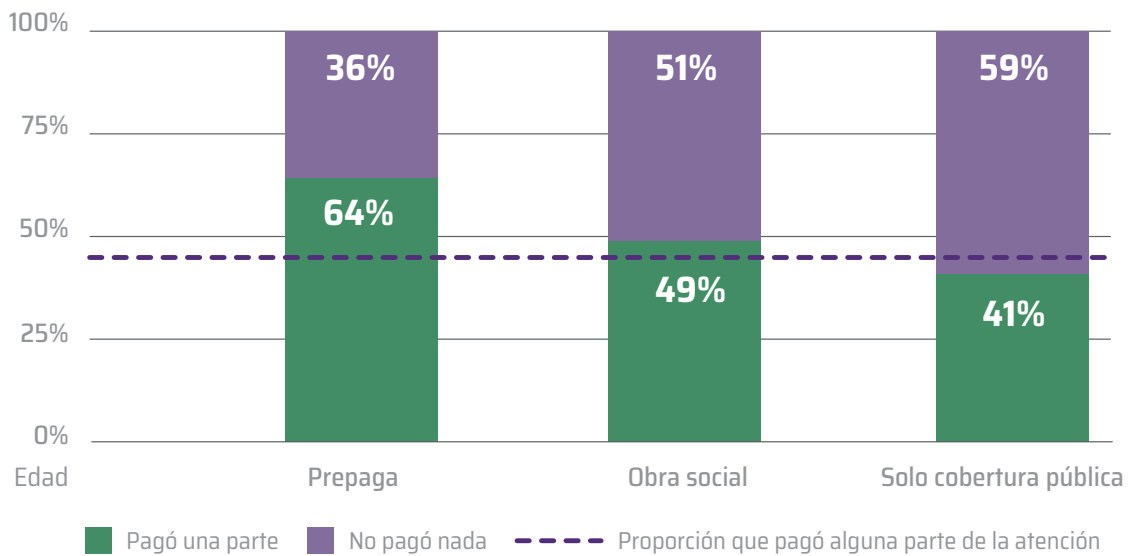
La información de las cuatro ondas indica que casi 2 de cada 10 personas encuestadas no accedió al aborto dentro del plazo de 10 días, con plazos más extendidos entre las más jóvenes.

Proporción por grupos de edad de las personas que no accedieron al aborto dentro de los 10 días estipulados por la ley



Fuente: elaboración propia en base a Encuesta MACA.

A pesar de la garantía de gratuidad, 47% de las respondientes pagó algún gasto relacionado con el servicio, en proporciones variables según el tipo de cobertura de salud. La ecografía fue el gasto más frecuente: entre las respondientes que pagaron algo, un 58% pagó esta práctica.



Fuente: elaboración propia en base a Encuesta MACA.

Calidad

A pesar de los desafíos para acceder a los servicios de aborto, la mayoría de las personas recibe una atención de calidad, lo que muestra la dedicación y el compromiso de quienes los integran. En un escenario de dificultades en la distribución de medicamentos para el aborto (entre otros insumos), no se observan cambios significativos en la calidad a través de las distintas ondas:

- 97%** recibió información sobre los signos de alerta a los que tenía que estar atenta;
- 93%** recibió información sobre cómo aliviar el dolor durante el aborto;
- 98%** recibió información sobre los métodos anticonceptivos;
- 94%** recibió toda la información que necesitaba sobre el proceso del aborto;
- 96%** sintió tratada con respeto en todo momento;
- 96%** sintió que le transmitieron seguridad en las consultas sobre el aborto;
- 92%** sintió que las/os profesionales mantendrían la confidencialidad.

4. Panorama regulatorio: ataques y defensa de la política en salud sexual y reproductiva

En esta sección se analiza el panorama regulatorio entre enero y julio de 2025. Se analizaron documentos jurídicos de 8 jurisdicciones (ámbito federal, Ciudad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Jujuy, Santa Fe, Entre Ríos, Mendoza y Neuquén). Se revisaron proyectos de ley en todas ellas, mientras que en el ámbito federal se incluyeron además decretos presidenciales y resoluciones del Ministerio de Salud. También se dio seguimiento a causas judiciales vinculadas a la garantía de la salud sexual y reproductiva.

4.1. Tendencias generales

Cantidad total de proyectos identificados sobre salud sexual y reproductiva: 27

Distribución por objetivos:

- ▶ Fortalecimiento o ampliación de derechos: 12 proyectos
- ▶ Con objetivos o efectos limitantes que podrían interferir con la autonomía sexual y reproductiva de las personas: 15 proyectos

Distribución territorial de las iniciativas:

- ▶ Nación: 13
- ▶ Jujuy: 3
- ▶ Santa Fe: 4
- ▶ Entre Ríos: 2
- ▶ Ciudad de Buenos Aires: 2
- ▶ Provincia de Buenos Aires: 1
- ▶ Neuquén: 1
- ▶ Mendoza: 1

Estado de las iniciativas restrictivas:

- ▶ Ninguna de las propuestas restrictivas avanzó hacia su aprobación, evidenciando la fortaleza del marco legal vigente en la protección de los derechos sexuales y reproductivos.

4.2. Proyectos que sostienen y amplían derechos

Personas con discapacidad:

Proyectos a nivel nacional y en la Ciudad de Buenos Aires promovieron mejoras en el acceso a educación sexual y servicios de salud inclusivos.

Niñez y adolescencia:

Se presentaron iniciativas para institucionalizar el Plan Enia a nivel federal y rescatarlo del desarme institucional del gobierno nacional.

Anticoncepción:

Propuestas en el ámbito nacional y en Entre Ríos buscaban reforzar la disponibilidad y accesibilidad de métodos anticonceptivos.

4.3. Proyectos restrictivos

Se identificaron 6 proyectos sobre restos fetales y duelo perinatal en Nación, Jujuy y la Ciudad de Buenos Aires.

Aspectos clave:

- ▶ Estas propuestas, justificadas en la intención de acompañar a las familias, introducen obligaciones en la gestión de restos fetales.
- ▶ Podrían implicar retrocesos en la implementación de la Ley 27.610 (IVE) de manera indirecta.
- ▶ Reflejan un patrón regional de iniciativas normativas que buscan sostener un estatus prevalente para el feto.
- ▶ Este tipo de regulaciones se ha impulsado en países como Paraguay —pionero en la materia—, Ecuador, República Dominicana, Perú, Costa Rica, Chile y México, entre otros. Por otro lado, países como Colombia y Argentina cuentan con protocolos nacionales con una perspectiva de derechos; sin embargo, su implementación resulta insuficiente.

Regulación para el duelo fetal: el caso de Tierra del Fuego

En julio de 2025, la Legislatura de Tierra del Fuego aprobó la creación de un “Registro de Defunciones Fetales” que fue vetado por el gobernador por contradecir el marco legal vigente. Como alternativa, el Ejecutivo presentó un proyecto que propone una Constancia de Pérdida Perinatal, de carácter simbólico y administrativo. Se trata de una respuesta más acorde a la regulación vigente. Sin embargo, este tipo de regulaciones tienden a reforzar narrativas que atribuyen estatus jurídico a los fetos y a homogeneizar experiencias diversas, con el riesgo de generar nuevas barreras, por ejemplo, para el acceso al aborto legal, y de introducir tensiones con principios jurídicos y sanitarios ya consolidados.

4.4. Dinámica regulatoria nacional derechos

Entre enero y julio de 2025 se analizaron 6 normas con impacto en la salud sexual y reproductiva: 4 decretos presidenciales y 2 resoluciones ministeriales.

Decretos presidenciales

- ▶ Regulación del acceso a medicamentos, sin garantizar gratuidad ni equidad.
- ▶ Obligatoriedad de la receta digital sin un plan de implementación progresiva acorde a la capacidad técnica de los servicios.
- ▶ Régimen de atención a migrantes que restringe el acceso a quienes tienen residencia permanente; aunque incluye urgencias, como el aborto, excluye prestaciones de salud sexual y reproductiva costo-efectivas.
- ▶ Limitación de intervenciones sobre identidad de género para personas menores de 18 años, desconociendo la evidencia y generando posibles daños irreparables.

Resoluciones ministeriales

- ▶ Credencial digital única nacional para profesionales de salud (nacional y CABA), puede profundizar brechas por exigencias tecnológicas e interoperabilidad.
- ▶ Prescripción electrónica de medicamentos y dispositivos médicos, con riesgos de exclusión por barreras digitales y posibles interrupciones en prestaciones sensibles de salud sexual y reproductiva.

Observaciones sobre la dinámica regulatoria nacional

- ▶ Aunque no están orientadas específicamente a la salud sexual y reproductiva, estas disposiciones pueden tener efectos restrictivos al no insertarse en políticas integrales de garantía de derechos.
- ▶ El análisis de medios de comunicación permitió constatar la práctica de anunciar medidas que luego no se publican en el Boletín Oficial, lo que genera incertidumbre regulatoria y debilita la transparencia institucional.

4.5. Judicialización

Se analizaron causas vigentes orientadas tanto a restringir derechos, como a su defensa y garantía:

Ofensiva: Desde 2018 se presentaron 38 causas judiciales contra la Ley 27.610. De ellas, 35 fueron rechazadas y 3 permanecen en trámite ante la Corte Suprema. Es decir, en la 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.

Defensiva: En 2025, la Asociación Civil La Ciega, junto con un grupo de organizaciones de la sociedad civil, presentó un amparo en la ciudad de La Plata por la falta de acceso a medicamentos necesarios para garantizar el ejercicio del derecho al aborto. La acción fue admitida y registrada como amparo colectivo. El tribunal ordenó al Estado difundir la medida para que las personas afectadas pudieran presentarse como parte. El gobierno apeló y el recurso se encuentra pendiente de resolución.

5. Mensajes finales

El recorrido por este reporte permite esbozar algunos corolarios sobre la situación del acceso al aborto en Argentina, a casi dos años del cambio de gestión de gobierno.

1. La posición crítica del gobierno nacional sobre las políticas de derechos sexuales y reproductivos parece ser más disonante que representativa de los valores y opiniones de buena parte de la sociedad argentina en la actualidad.
2. La crítica a la agenda de salud sexual y reproductiva se materializó en el desmantelamiento de políticas concretas, como el cierre del Plan ENIA y el desabastecimiento de misoprostol y mifepristona por parte del Ministerio de Salud de la Nación. Pero no se trasladó aún a embates legislativos significativos, aunque esta situación puede cambiar de un momento a otro, considerando además las próximas elecciones legislativas nacionales.
3. A pesar de la posición del gobierno nacional, las provincias han dado continuidad a la política de acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo en el sector público. Esto se evidencia no solo en los datos reportados por las jurisdicciones, sino también en el número de ellas que ha respondido a los pedidos de acceso a la información pública realizados desde proyecto mirar. Esta cantidad ha ido aumentando desde el inicio del proyecto en 2021, y dio un salto significativo entre 2023 y 2024, año en el que se dejaron de publicar los informes de gestión de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Este nivel de respuesta es positivo en tanto muestra la adherencia al cumplimiento de la ley 27.275 de acceso a la información pública y el compromiso de las gestiones provinciales para transparentar su tarea y compartir las acciones que sostienen para implementar la ley 27.610, lo que permite a la sociedad conocer los resultados de la política federal en salud sexual y reproductiva.
4. En cuanto a las formas que estas acciones han tomado a lo largo y ancho del país, el escenario es diverso basado en las condiciones estructurales, la voluntad y posibilidades presupuestarias y la trayectoria previa de garantizar las IVE ILE. La capacidad de respuesta en 2024 parece adecuada en un escenario particularmente desafiante e incierto, pero respaldada en una política nacional previa presente. No obstante, cabe preguntarse por la sostenibilidad y las posibilidades de mejora en el mediano plazo si no surgen oportunidades que garanticen el acceso equitativo y la calidad de las prácticas previstas en la ley 27.610.
5. A más de cuatro años de sancionada la ley y a pesar de la posición y de las acciones del gobierno nacional en detrimento de la agenda de salud sexual y reproductiva, los resultados presentados en este reporte muestran el compromiso, el esfuerzo y el tesón de las provincias y de los equipos de salud para hacer efectivo el derecho al aborto.





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 978-631-90872-5-3



9 786319 087253

50 AÑOS CEDES


Ibis
Reproductive
Health

