

FEBRERO 2024

# A TRES AÑOS DE LA LEY N°27.610 IVE/ILE

## SU IMPACTO EN LA PROVINCIA DE CHACO

BELÉN MASSI  
RAFAELA LESCANO



ESCUELA DE  
GOBIERNO

# A TRES AÑOS DE LA LEY 27.610 IVE/ILE

## Su impacto en la Provincia de Chaco

### Investigadoras

Rafaela Lescano<sup>1</sup>

Belén Massi<sup>2</sup>

---

Publicación de la Escuela de Gobierno de la Provincia del Chaco. Copyright © Escuela de Gobierno de la Provincia del Chaco, 2024. Todos los derechos reservados.

Esta publicación debe citarse como: Lescano, R y Massi, B. "A tres años de la ley 27.610 su impacto en la Provincia de Chaco"

Esta obra puede reproducirse sin autorización previa. Solo se solicita que sea mencionada la fuente y se informe a la Escuela de Gobierno de la Provincia del Chaco. (contacto@escueladegobierno.chaco.gov) de tal reproducción.

---

<sup>1</sup> 1 Licenciada en Relaciones Laborales UNNE. Maestrando en Gobierno y Economía Política UNSAM Escuela de Gobierno de Chaco.

<sup>2</sup> Profesora en Ciencias de la Educación por la UNNE y estudiante de la Licenciatura en Ciencias de la Educación por la misma universidad.

## Índice

<b>Introducción</b>	<b>2</b>
<b>Legislación sobre aborto en el mundo</b>	<b>3</b>
<b>El aborto en Argentina</b>	<b>5</b>
IVE/ILE realizadas en 2021, 2022 y 2023 informadas por jurisdicción a sep-2023	7
Efectores de IVE/ILE informados a 2022	8
Tasa de IVE/ILE cada mil mujeres en edad fértil por jurisdicción	9
<b>Implementación de la Ley N° 27.610 IVE/ILE en Chaco</b>	<b>10</b>
<b>Algunos testimonios de actorxs clave</b>	<b>21</b>
Experiencia del equipo médico del Hospital J.C. Perrando	21
El Papel del Socorrismo en el marco de la Ley 27.610	26
<b>Algunas reflexiones</b>	<b>30</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>31</b>

## Índice de gráficos

Mapa N°1. Situación legal del aborto en el mundo	3
Gráfico N°1. Tasa de IVE/ILE por miles de personas gestantes en edad fértil, según jurisdicción (2021-sep2023)	8
Gráfico N°2. Número total de servicios IVE/ILE informados en Chaco (2019-2023)	9
Gráfico N°3. Tasa de IVE/ILE cada mil personas gestantes en edad fértil. Chaco (2021-2023)	10
Gráfico N°4. Número total IVE/ILE, según tipo de tratamiento. Chaco (2021-2023)	11
Gráfico N°5. Número total de IVE/ILE, según trimestre de interrupción. Chaco (2021-2023)	12
Gráfico N°6. % total de IVE/ILE, según edad de la persona gestante. Chaco (2021-2023)	13
Gráfico N°7. % de servicios IVE/ILE, según localidad de efectores. Chaco 2023	14
Gráfico N°8. % de casos que recibieron un método de anticonceptivo postaborto. Chaco 2023	14
Gráfico N°9. Nacidos vivos según la edad de la madre. Chaco (2018-2022)	15
Gráfico N°10. % de nacidos vivos según la edad de la madre. Chaco (2018-2022)	16
Gráfico N°11. Tasa de fecundidad específica cada mil mujeres. Chaco (2018-2022)	18
Gráfico N°12. Defunciones obstétricas por grandes causas. Chaco (2012-2022)	19

# Introducción

En la búsqueda de un sistema de salud equitativo y centrado en los derechos humanos, el acceso al aborto seguro, legal y gratuito emerge como un imperativo fundamental para salvaguardar la salud sexual y reproductiva de mujeres y personas gestantes. A pesar de esto, estas cuestiones continúan siendo objeto de debate y, lamentablemente, hemos sido testigos de retrocesos en los derechos adquiridos, especialmente por parte de gobiernos conservadores en diversas regiones del mundo.

Si bien existen grandes avances en algunas latitudes también estamos frente a retrocesos que ponen en jaque las garantías de este derecho como pueden ser los casos de Estados Unidos y China, por ejemplo. Al respecto presentamos un mapa actualizado con la situación legal del aborto en distintos países diferenciando aquellos en donde está totalmente prohibido bajo condena penal, aquellos en los cuales se admite, pero bajo ciertos supuestos como ser riesgo de vida de la madre, malformaciones del feto, violación y/o incesto y factores socioeconómicos.

Argentina es uno de los países que ha garantizado el aborto recientemente. Es así que, en diciembre del 2020, luego de un intenso debate en el senado y grandes manifestaciones en todo el país, celebra la sanción de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en la cual se dispone que los servicios públicos de salud, las obras sociales nacionales y provinciales y las empresas y entidades de medicina prepaga incorporen la cobertura integral y gratuita de la práctica. Además, no requiere adhesiones provinciales ni reglamentación para su vigencia.

Es decir que su acceso debe ser garantizado en todas las provincias del país; sin embargo, ha tenido una implementación muy heterogénea hasta el momento. En relación a ello mostramos las cantidades de efectores y de servicios IVE/ILE informados en cada jurisdicción que nos permite calcular la tasa de IVE/ILE cada mil personas gestantes en edad fértil según jurisdicción para los últimos tres años.

Específicamente en el caso de Chaco, se detallan las cantidades de centros de atención y servicios de IVE/ILE reportados en la provincia. Además, se proporciona información sobre los diferentes tipos de tratamientos empleados, la duración del embarazo y la edad de la persona gestante en el momento de la interrupción.

Por otro lado, también se abordan las variaciones en la tasa de fecundidad específica por rango etario y la tasa de fecundidad adolescente con disminuciones significativas en

los últimos años. Lo que podría deberse a la batería de políticas públicas sobre educación sexual y de salud reproductiva de las personas gestantes en la provincia.

En un contexto donde se cuestionan nuevamente las garantías de los derechos reproductivos y de salud sexual de las mujeres y personas gestantes, es crucial analizar los datos disponibles y algunos testimonios de actores clave.

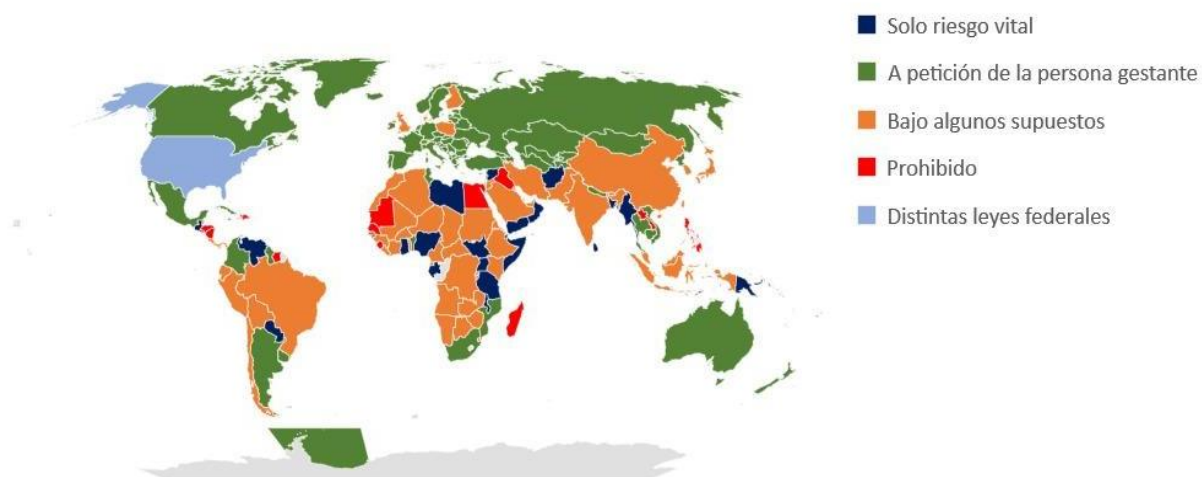
## Legislación sobre aborto en el mundo

En los últimos años, se han evidenciado notables avances en la promoción y protección del derecho al acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Tanto Argentina como otros países de Latinoamérica, entre los que se destacan México, Colombia y Ecuador, han promulgado legislación reciente con el propósito de garantizar el ejercicio de este derecho. Actualmente son 71 países los que cuentan con legislación que permite el **acceso a un aborto libre y seguro a petición de la persona gestante**, entre ellos se encuentran Canadá, Australia y la mayor parte de los países de Europa y Asia.

No obstante, son varios los países que continúan manteniendo ciertas presunciones bajo las cuales las personas podrían realizarse un aborto. Entre las más restrictivas se admiten solamente por **riesgo de muerte, de salud física o psíquica de la persona gestante** (Venezuela, Paraguay, Guatemala, Libia, Nigeria, Uganda, Tanzania, Somalia, Siria, Afganistán).

Otros, además de estas condiciones incorporan en sus legislaciones una serie de supuestos para acceder a un aborto, estos pueden ser por **malformaciones congénitas del feto, violación e incesto** (Brasil, Bolivia, Perú, Chile, China, Indonesia, la mayoría de los países de Africa, entre otros) **y/o factores socioeconómicos** (Etiopía, Sambia, India).

## Mapa N°1. Situación legal del aborto en el mundo.



**Fuente:** Elaboración propia en base a el mapa sobre las leyes del aborto del Centro de Derechos Reproductivos de Estados Unidos.

Por otra parte, es pertinente señalar que persisten naciones que lo **prohíben** como Egipto, El Salvador, Filipinas, Gambia, Haití, Honduras, Irak, Islas Marshall, Islas Salomón, Jamaica, Laos, Madagascar, Maldivas, Malta, Mauritania, Nicaragua, Palaos, República Dominicana, Senegal, Sierra Leona, Surinam, Congo y Palestina donde la práctica del aborto sigue siendo objeto de sanciones legales; inclusive algunos de ellos con penas extremadamente severas.

Este escenario se ha visto ampliado recientemente con la inclusión de Estados Unidos, cuya Corte Suprema ha emitido un fallo que sostiene la falta de amparo constitucional del derecho al aborto. En consecuencia, se ha conferido a cada estado la facultad de legislar sobre la materia, lo que podría resultar en la criminalización de mujeres acusadas de abortar y de aquellos que facilitan dicho procedimiento. Asimismo, existe la posibilidad de que las legislaciones adopten restricciones tan severas que, en la práctica, tornen inviable la interrupción voluntaria del embarazo (Garcés de los Fayos, 2023).

Se suma a estas discusiones China, con una fuerte política de control reproductivo, quien dió marcha atrás limitando los abortos que no implican un riesgo médico. Recientemente Francia anunció que volverán a discutir su legislación al respecto.

De esta manera, las contiendas relacionadas con la despenalización del aborto no pueden considerarse resueltas se evidencia de manera similar en el contexto de nuestro país. La reciente asunción al poder de líderes políticos imbuidos de una ideología de ultra derecha ha planteado la posibilidad de revertir el proceso de despenalización del aborto que se había establecido previamente.

Este cambio de orientación política, caracterizado por una perspectiva más conservadora en materia de derechos reproductivos, introduce un escenario en el cual las políticas públicas y las legislaciones relativas al aborto pueden experimentar modificaciones sustanciales. La incertidumbre generada por esta coyuntura política pone de manifiesto la dinámica y la volatilidad de las cuestiones relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo en el ámbito nacional.

## El aborto en Argentina

La legalización del aborto seguro y gratuito en Argentina, en diciembre de 2020, representó un hito significativo en la historia del país. Este cambio legislativo fue el resultado de una intensa lucha liderada por movimientos feministas y de mujeres que se movilizaron desde distintos sectores para reivindicar su derecho a decidir. Después de un extenso debate en las cámaras de diputados y senadores, la Ley N° 27.610 fue aprobada, ampliando el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en hospitales públicos de las distintas provincias para mujeres y personas gestantes que deseen o necesiten acceder a un aborto hasta la semana 14 de gestación sin la necesidad de explicitar los motivos.

El límite de 14 semanas no se aplica si el embarazo es consecuencia de una violación o si están en riesgo la salud o la vida de la persona gestante. Ya que, en cualquiera de estas circunstancias, se puede acceder a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) (o aborto por causales) de acuerdo con el artículo 86 del Código Penal y la sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso “F.A.L.” de 2012.

Además, se han desarrollado diversos métodos seguros para la interrupción del embarazo. Las opciones incluyen la administración de medicamentos, como el misoprostol, o procedimientos médicos tales como la aspiración manual endouterina, el

legado o la dilatación y evacuación. Ambas alternativas son consideradas seguras y fiables, particularmente durante el primer trimestre del embarazo, y generalmente no requieren hospitalización.

En este sentido, durante los primeros dos años de implementación efectiva de la Ley 27.610, la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR), responsable de la implementación junto con las direcciones y programas provinciales de salud sexual y reproductiva de las 24 jurisdicciones, desarrolló un abanico de estrategias para ampliar el acceso a la interrupción del embarazo mediante la capacitación de recursos humanos y la provisión de insumos como el misoprostol, equipamiento para la Aspiración Manual Endouterina y la incorporación del tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol a la canasta de insumos IVE/ILE (Informe Anual ImplementAR Ley 27.610, abril 2023).

Su puesta en marcha generó incertidumbre y expectativas en la sociedad respecto a su funcionamiento y sus posibles impactos. Sin embargo, tras estos tres años de vigencia, los resultados han tendido a ser mayormente positivos, repercutiendo en diferentes aspectos sociales. Uno de los impactos más notables ha sido la accesibilidad a la interrupción voluntaria del embarazo en entornos médicos controlados, reduciendo los riesgos asociados con abortos clandestinos y mejorando la seguridad y la salud de las mujeres.

De tal manera, el acceso a servicios IVE/ILE de manera gratuita y segura ha concedido a las mujeres y personas gestantes un mayor control sobre sus vidas reproductivas, otorgándoles autonomía para tomar decisiones informadas sobre su salud. Además, contribuye a un acceso más equitativo a los servicios de salud, permitiendo que personas de niveles socioeconómicos más bajos también cuenten con la posibilidad de acceder a un aborto de manera segura en hospitales públicos.

Estos resultados incipientes subrayan la importancia de políticas que garanticen el acceso seguro, legal y gratuito a la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar los derechos a la salud de mujeres y personas gestantes.

La **Tabla N°1** presenta la **cantidad anual de interrupciones voluntarias de embarazo** realizadas durante el período comprendido **entre 2021 y 2023** discriminado por jurisdicciones.

Se observa que en el **primer año (2021)** se informaron 73.487 servicios IVE/ILE en todo el país. **En el segundo año (2022)**, se registró la mayor cantidad de servicios realizados,



con un total de 96.664. Por último, los datos recopilados para **el año 2023** al mes de septiembre reflejan una suma de 69.421 abortos registrados.

Entre las jurisdicciones que informaron **mayor cantidad** de servicios IVE/ILE, si se suman los tres años consecutivos, se encuentran Buenos Aires (96.994), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (26.217), Córdoba (12.562) y Santa Fe (15.762).

Mientras que Tierra del Fuego (1.333), Santa Cruz (1.519), Formosa (1.804), La Pampa (1.869), San Juan (2.191), Catamarca (2.544), La Rioja (2.631) y Chaco (2.895) son las provincias que informaron **menor cantidad** de servicios en total. No obstante, esto podría tener que ver con la cantidad de habitantes de las distintas jurisdicciones. Por ello, es recomendable mirar también la tasa de servicios IVE/ILE cada mil personas gestantes en edad fértil que muestra el **gráfico N°1**.

## IVE/ILE realizadas en 2021, 2022 y 2023 informadas por jurisdicción a sep-2023

JURISDICCIÓN	IVE/ILE INFORMADAS A 2021	IVE/ILE INFORMADAS A 2022	IVE/ILE INFORMADAS A SEP 2023	JURISDICCIÓN	IVE/ILE INFORMADAS A 2021	IVE/ILE INFORMADAS A 2022	IVE/ILE INFORMADAS A Sep-2023
Buenos Aires	33147	40880	22967	Mendoza	2916	3893	3347
Catamarca	781	914	849	Misiones	597	1446	1283
Chaco	688	1277	930	Neuquén	656	1634	1089
Chubut	967	1386	745	Río Negro	829	1046	1055
CABA	8847	9961	7409	Salta	3020	4721	3640
Córdoba	2844	3015	6703	San Juan	380	1219	592
Corrientes	611	1138	1532	San Luis	785	1210	1254
Entre Ríos	1643	2444	1463	Santa Cruz	278	803	438
Formosa	273	842	689	Santa Fe	4383	6645	4734
Jujuy	1743	2580	1866	Santiago del Estero	585	1417	1729
La Pampa	1075	419	375	Tierra del Fuego	343	497	493
La Rioja	755	1018	858	Tucumán	4162	4701	3381
<b>Total</b>					73487	96664	69421

Fuente: ImplementAR IVE/ILE Informe anual 2021, 2022 y 2023.

La **tabla N°2** presenta información detallada acerca del número de **efectores (dispositivos) de salud que informaron procedimientos de IVE/ILE** en las diferentes jurisdicciones durante el año 2022.

Resulta notable que, en **Buenos Aires 596 efectores** de la salud llevaron a cabo estas prácticas, consolidándose como la jurisdicción **con el mayor contingente de expertos que participaron en la realización de abortos**. A continuación, se encuentran **Santa Fe con 371 efectores** y **Córdoba con 180**.

**En contraste**, provincias como **Tierra del Fuego** y **Santiago del Estero** exhibieron una **participación mínima** de efectores en la ejecución de abortos. En ambos casos, únicamente **8 establecimientos de salud** informaron la realización de procedimientos de IVE/ILE.

Por otro lado, en **Chaco** se registraron **9 efectores** de servicios de IVE/ILE, ubicándose entre **las jurisdicciones con menor presencia de establecimientos de salud que brindan servicios IVE/ILE**.

## Efectores de IVE/ILE informados a 2022

JURISDICCIÓN	CANTIDAD DE EFECTORES	JURISDICCIÓN	CANTIDAD DE EFECTORES
Buenos Aires	549	Mendoza	13
Catamarca	18	Misiones	35
Chaco	9	Neuquén	68
Chubut	44	Río Negro	67
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	65	Salta	45
Córdoba	180	San Juan	14
Corrientes	25	San Luis	35
Entre Ríos	37	Santa Cruz	18
Formosa	32	Santa Fe	371
Jujuy	54	Santiago del Estero	8
La Pampa	40	Tierra del Fuego	8
La Rioja	33	Tucumán	25
Total			1793

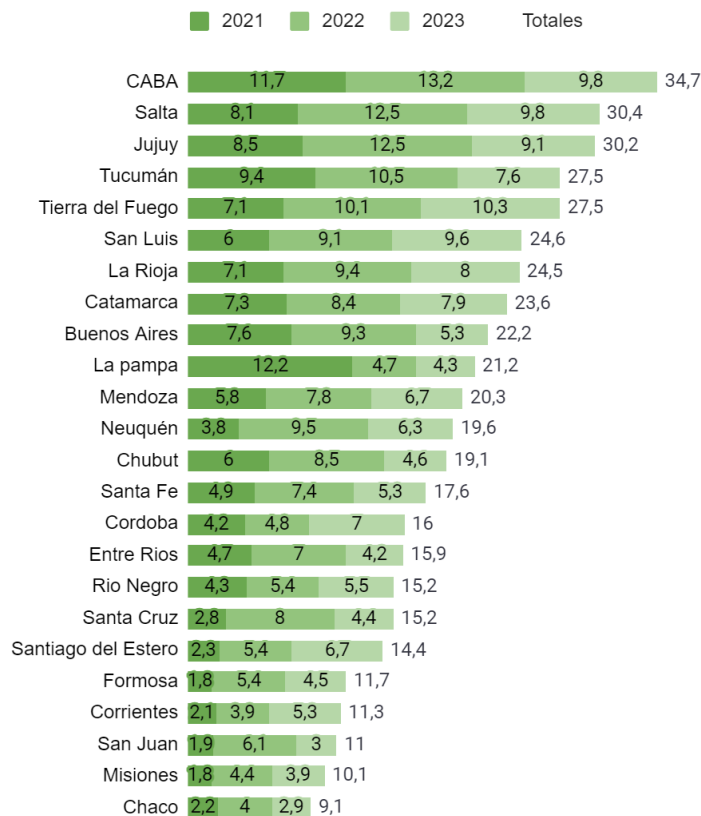
Fuente: ImplementAR IVE/ILE Informe anual 2021, 2022 y 2023.

## Tasa de IVE/ILE cada mil mujeres en edad fértil por jurisdicción

Ahora bien, si miramos los totales de la tasa de IVE/ILE cada mil mujeres en edad fértil por año para las distintas jurisdicciones, vemos que las más altas son las de CABA (34,7), Salta (30,4), Jujuy (30,2) y Tucumán (27,5). Mientras que las provincias del NEA tuvieron las tasas más bajas durante los 3 años consecutivos: Formosa (11,7), Misiones (10,0), Corrientes (11,3) y Chaco (9,1).

Siendo **Chaco la provincia con la tasa más baja de IVE/ILE cada mil personas gestantes en edad fértil (15 a 49 años), con un total de 9,1 si sumamos los tres años.** Si comparamos los extremos, por ejemplo, vemos que durante estos tres años se realizaron 34,7 intervenciones cada mil mujeres en edad fértil en CABA, mientras que en Chaco se efectuaron 9,1 cada mil mujeres en edad fértil.

**Gráfico N°1. Tasa de IVE/ILE por miles de personas gestantes en edad fértil, según jurisdicción (2021-sep2023)**



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

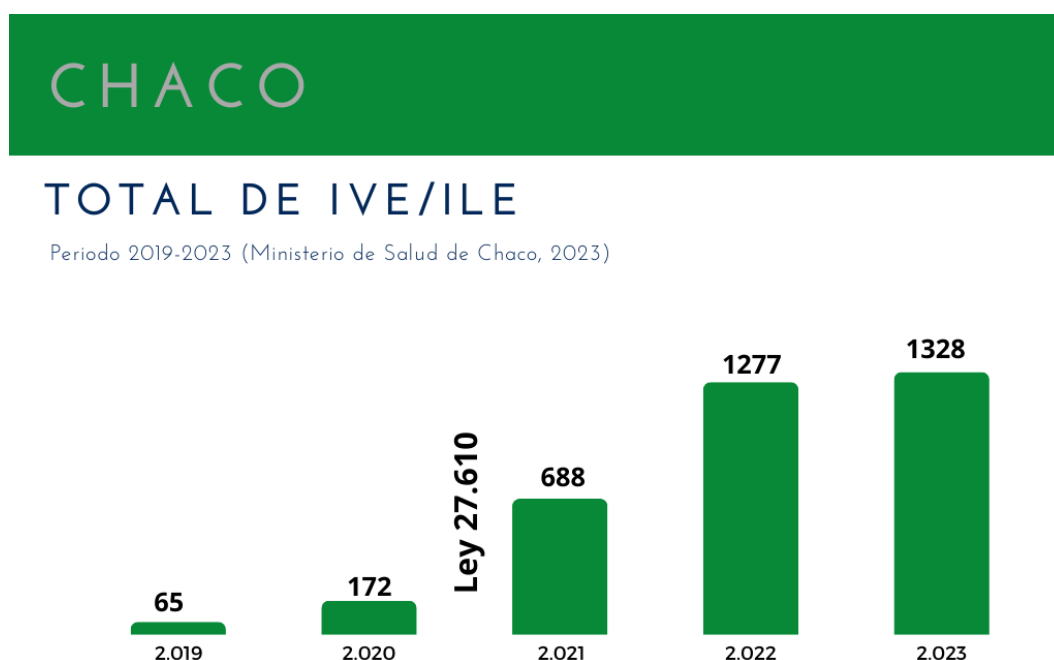
# Implementación de la Ley N°27.610 IVE/ILE en Chaco

Como se muestra en el apartado anterior, el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE) es heterogéneo entre las provincias en relación a la cantidad de efectores que prestan servicio y a la cantidad de servicios IVE/ILE efectivos informados.

Para analizar el caso de Chaco, recurrimos a datos proporcionados por el Ministerio de Salud provincial, actualizados hasta diciembre de 2023, los mismos ofrecen algunos datos interesantes sobre los cambios producidos tras la implementación de la Ley N° 26.710 en la provincia. En este sentido, previo a su aplicación las cantidades de interrupciones informadas fueron de 65 en 2019 y de 173 en 2020. Mientras que, durante el primer año de implementación de la ley, en la provincia se informaron un total de 688 servicios IVE/ILE. Este número experimentó un aumento significativo para el segundo año, casi replicándose, con un total de 1277 IVE/ILE efectuadas en 2022 y 1328 en 2023.

En todos los casos, el total de servicios IVE/ILE fueron informados únicamente por efectores del sistema de salud pública provincial.

Gráfico N°2. Número total de servicios IVE/ILE informados en Chaco (2019-2023)



Fuente: elaboración propia en base al Ministerio de Salud de la Provincia de Chaco.

Lo que corresponde a una tasa de IVE/ILE cada mil mujeres en edad fértil (15 a 49 años) de 1,87 para 2021, de 3,94 para 2022 y de 3,92 para 2023<sup>1</sup>. Esto quiere decir que, **en Chaco durante el año 2023 por ejemplo, se informaron cuatro servicios IVE/ILE cada mil personas gestantes en edad fértil.**

**Gráfico N°3. Tasa de IVE/ILE cada mil personas gestantes en edad fértil. Chaco (2021-2023)**



**Fuente:** elaboración propia en base al INDEC y Ministerio de Salud de la Provincia de Chaco.

Como ya se mencionó en ocasiones anteriores, desde la sanción de la Ley N° 27.610 se garantiza el acceso a los medicamentos que permiten una interrupción del embarazo seguro, como **el misoprostol y la mifepristona**, por lo tanto, no es extraño que en Chaco el tipo de tratamiento **farmacológico** haya sido utilizado con mayor frecuencia por los efectores de salud.

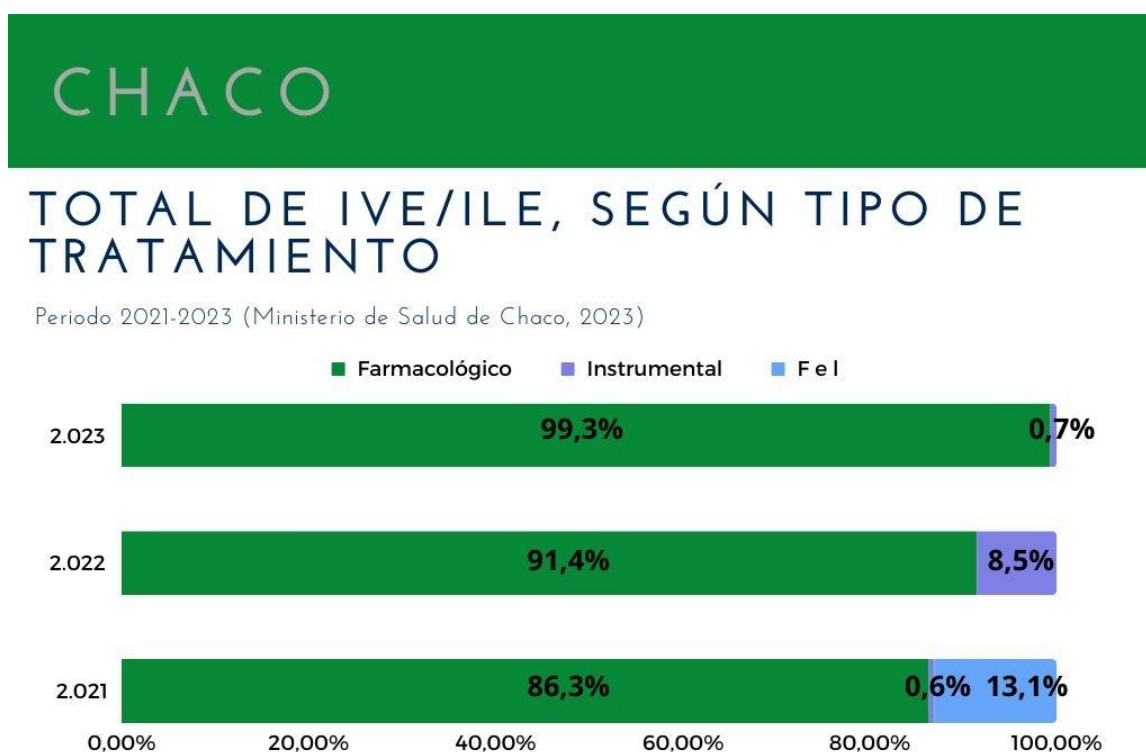
En los gráficos siguientes se puede observar que **el 99,3% de IVE/ILE** efectuadas en el último año (2023) se realizaron bajo **tratamiento farmacológico** durante el **primer**

<sup>1</sup> En este gráfico se muestra la tasa de IVE/ILE Chaco para diciembre 2023, está es mayor a la que se muestra en el Gráfico N°1 ya que el mismo cuenta con datos actualizados a septiembre 2023 para todas las jurisdicciones.

**trimestre** de embarazo, tanto con misoprostol como con tratamiento combipacks (mifepristona+misoprostol).

Mientras que, en los años anteriores se presenta una mayor proporción de tratamientos **instrumentales** (8,5% en 2022) y de procedimientos que combinan tratamientos farmacológicos e instrumentales **-F e I-** (13,1% en 2021).

**Gráfico N°4. Cantidad total de IVE/ILE, según tipo de tratamiento. Chaco (2021-2023)**



**Fuente:** elaboración propia en base al Ministerio de Salud de la Provincia de Chaco.

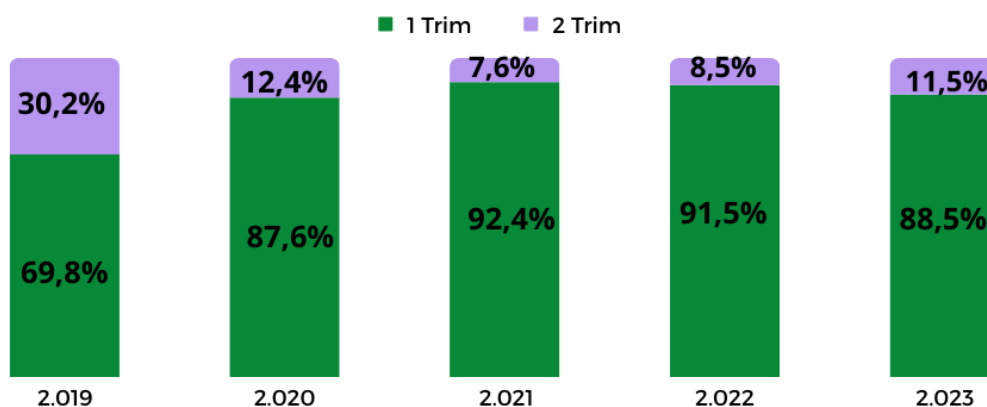
En Chaco, las interrupciones voluntarias y legales del embarazo han sido más frecuentes durante el primer trimestre. Esto se ve reflejado en las cifras, que pasaron del 69.8% en 2019 al 87.6% en 2020, y alcanzaron el 92.4% de los casos en 2021, primer año de ejecución de la política.

**Gráfico N°5. Número total de IVE/ILE, según trimestre de interrupción. Chaco (2021-2023)**



## TOTAL DE IVE/ILE, SEGÚN TRIMESTRE DE INTERRUPCIÓN

Periodo 2019-2023 (Ministerio de Salud de Chaco, 2023)

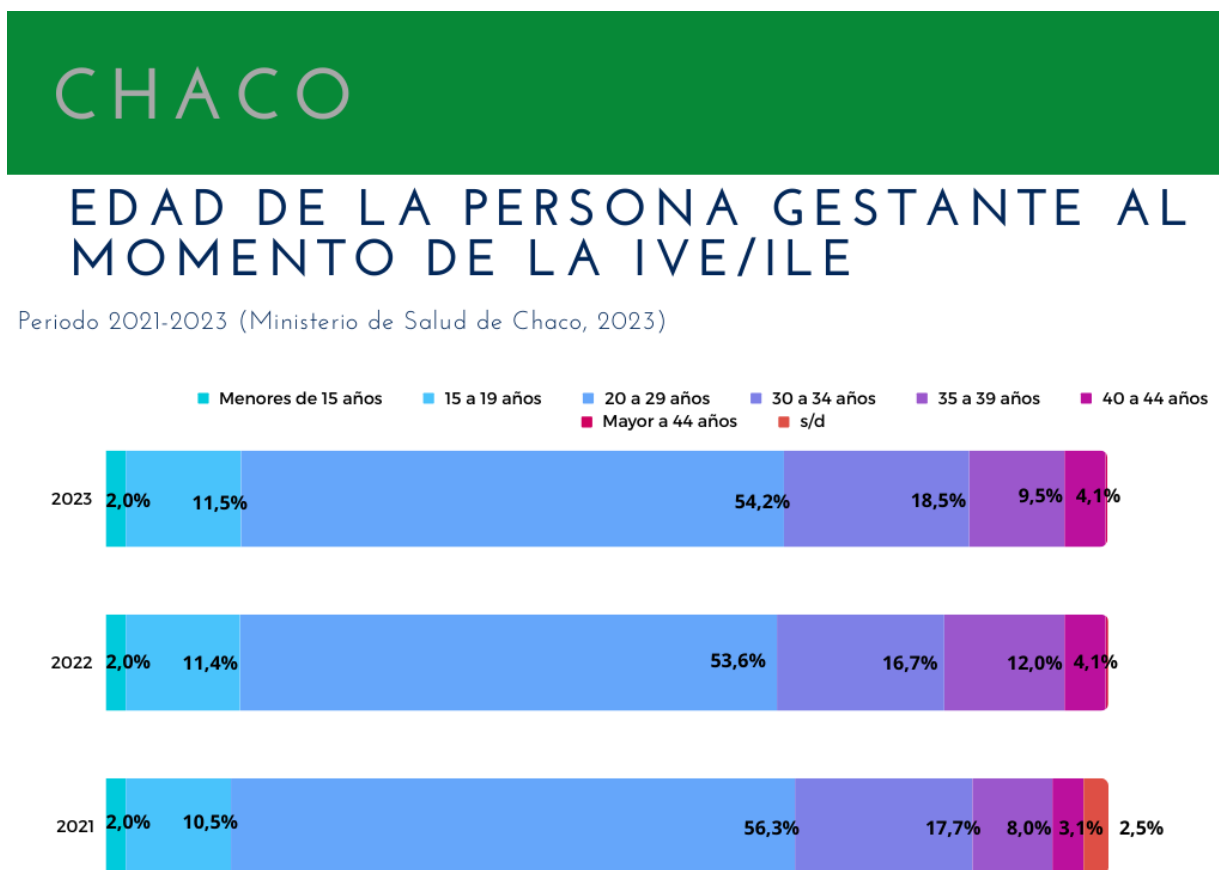


**Fuente:** elaboración propia en base al Ministerio de Salud de la Provincia de Chaco.

Durante estos tres años de implementación de la Ley N° 27.610 las edades de las personas gestantes al momento de la IVE/ILE se mantienen constantes en sus proporciones. Un poco más de la mitad de las personas que accedieron a un aborto en Chaco durante el intervalo analizado (2021-2023) tenían **entre 20 y 29 años** de edad al momento de la IVE/ILE; seguidas por aquellas de **entre 30 y 34 años**, y de **15 a 19 años**. En menor proporción se realizaron servicios IVE/ILE a mayores de **44 años y a niñas y adolescentes menores de 15 años**.

En el caso particular de niñas y adolescentes menores de 15 años, la proporción se ha **mantenido constante en un 2%** a lo largo del periodo comprendido entre 2021 y 2023. Este dato indica que el 2% de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) o Interrupción Legal del Embarazo (ILE) informados en el Chaco fueron dirigidos a este grupo. Por otro lado, se observa un **aumento** en la proporción de servicios dirigidos a adolescentes de 15 a 19 años, quienes representan el 11,5% del total de servicios IVE/ILE informados para el año 2023.

**Gráfico N°6. Porcentaje total de IVE/ILE, según edad de la persona gestante.  
Chaco (2021-2023)**



**Fuente:** elaboración propia en base al Ministerio de Salud de la Provincia de Chaco.

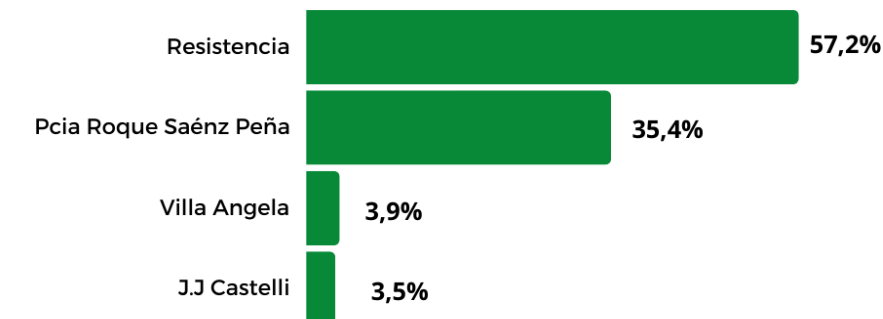
Además, Chaco es una de las jurisdicciones **con menor cantidad de efectores de IVE/ILE registrados**. Según el Ministerio de Salud de la Nación para 2022 contaba con 9 en total para toda la provincia.

Mientras que los **efectores de salud** que han registrado servicios IVE/ILE, según datos del Ministerio de Salud de Chaco para el 2023 son el Hospital J.C. Perrando y dispositivos de la Región de salud V de Resistencia, el Hospital 4 de Junio de Pcia. R. Sáenz Peña, el Hospital Salvador Mazza de Villa Ángela y el Hospital Bicentenario General Güemes de Castelli. Todos ellos pertenecientes al sector público.

La distribución de servicios IVE/ILE según localidad de efectores para el 2023 muestra una mayor concentración de servicios en la ciudad de Resistencia (57,2%), seguido por Pcia. R. Sáenz Peña (35,4%) y una cantidad menor de servicios en las localidades de Villa Ángela (3,9%) y Castelli (3,5%).



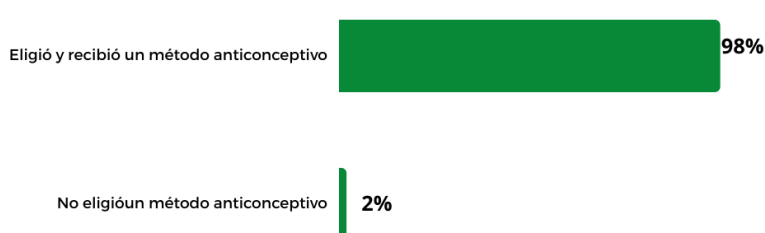
**Gráfico N°7. Porcentaje de servicios IVE/ILE, según localidad de efectores. Chaco 2023**



**Fuente:** elaboración propia en base al Ministerio de Salud de la Provincia de Chaco.

Respecto a la atención postaborto, el 98% de los casos atendidos durante el año 2023 eligieron un método anticonceptivo postevento y en el 44% de estos prefirieron y recibieron un método de larga duración y alta eficacia (DIU, implante subdérmico, lisis tubaria).

**Gráfico N°8. Porcentaje de casos que recibieron un método anticonceptivo postaborto. Chaco 2023**



**Fuente:** elaboración propia en base al Ministerio de Salud de la Provincia de Chaco.

Por otra parte, es relevante señalar que la provincia ha sido históricamente identificada por su alta incidencia de embarazos en niñas y adolescentes, de los cuales se estima que alrededor del 70% son no intencionales debido a la falta de uso de métodos anticonceptivos o a situaciones de imposición, según datos de UNICEF (2021).

En este sentido, un indicador de gran relevancia para estudiar los embarazos en niñas y adolescentes consiste en analizar la cantidad de nacimientos vivos según la edad materna, utilizando datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010 y del Ministerio de Salud de la Nación.

Como se evidencia en el Gráfico N°9, se observa una reducción notable en los embarazos en adolescentes durante el período comprendido entre 2018 y 2019, **disminuyendo** de 223 casos de embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años a un total de 44.

Posteriormente, en los años 2020 y 2021, los embarazos en niñas y adolescentes **aumentaron** con respecto al año anterior, llegando a 129 y 130 respectivamente, aunque no superaron la cantidad de embarazos de 2018. Finalmente, en 2022, se registraron 102 embarazos en menores de 15 años.

Algo similar ocurrió para **las adolescentes de entre 15 y 19 años, ya que en 2019 disminuyeron a menos de la mitad respecto a 2018, pasando de 4734 a 2240 nacidos vivos**. Luego, en 2020, hubo un pequeño aumento, pero disminuyendo su incidencia hacia los últimos años.

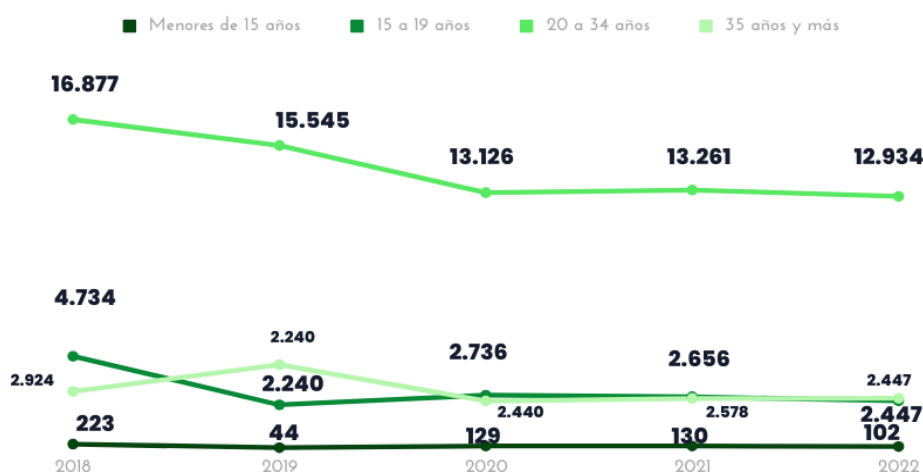
Para las otras edades, se puede observar un comportamiento relativamente similar, con una disminución en la cantidad de nacidos vivos a medida que avanza el tiempo.

Gráfico N°9. Nacidos vivos según la edad de la madre. Chaco (2018-2022)

CHACO

## NACIDOS VIVOS SEGÚN EDAD DE LA MADRE

Cantidad de nacidos vivos según edad de la madre en la provincia de Chaco para el periodo 2018-2022 (INDEC).



Fuente: Elaboración propia en base a INDEC y MSN

Ahora bien, si se desea mirar el peso relativo de los nacimientos de madres niñas y adolescentes sobre el total de los nacimientos ocurridos en el mismo lugar geográfico y año, por ejemplo, se debe calcular el porcentaje de nacidos vivos por rango etario de la madre o persona gestante. Este cálculo pone en relación el comportamiento reproductivo de las adolescentes con el de los demás grupos de edad. Se calcula como el cociente entre el número de nacidos vivos de madres por rango etario y el número total de nacidos vivos registrados, multiplicado por cien.

Al observar los datos para los últimos cinco años disponibles, se evidencia que la mayor proporción de nacidos vivos corresponde **a madres del grupo etario de 20 a 29 años**, en segundo lugar, se encuentra **el grupo de 35 años en adelante**, y en tercer lugar **el de 15 a 19 años**. En menor medida, se presentan los nacidos vivos de **madres menores de 15 años**.

En relación al último grupo, se ve que el porcentaje de nacidos vivos cuyas madres tenían menos de 15 años representó un **0,9% en 2018** y un **0,2% en 2019**, marcando la

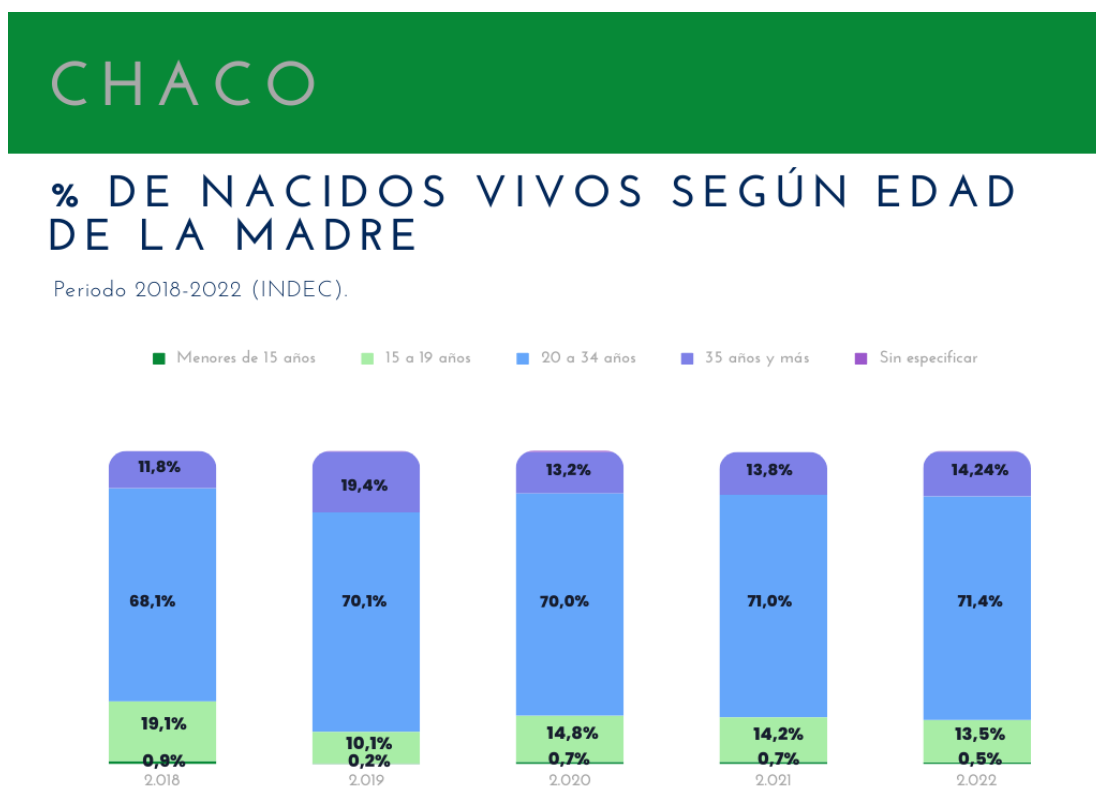
**mayor disminución** interanual para todo el periodo analizado en este grupo. Luego, en 2020 y 2021 se mantiene en 0,7% y vuelve a disminuir a un 0,5% en 2022.

Un comportamiento similar ocurre en las madres de **15 a 19 años**, pues la proporción de los nacidos vivos para este rango etario pasó del **19,1% en 2018 al 10,1 % en 2019**.

**En 2020** también se produce un aumento de 4,7 p.p. (14,8%) respecto al año anterior y se mantiene en 2021 para volver a disminuir hacia el último año del periodo analizado (13,51 %).

Entonces, se destaca que, durante el último quinquenio, el año 2019 registró la menor proporción de embarazos en niñas y adolescentes menores a 15 años y de entre 15 y 19 años de edad en la provincia de Chaco. Posteriormente, se observa otro descenso en 2022.

**Gráfico N°10. Porcentaje de nacidos vivos según la edad de la madre. Chaco (2018-2022)**



**Fuente:** Elaboración propia en base a INDEC y MSN

A su vez, no solo hay una disminución en la proporción de nacimientos en madres adolescentes, sino que se observa también una **disminución en la tasa de fecundidad adolescente** en la provincia. Es decir, en la relación que existe entre la cantidad de madres de nacidos vivos de 10 a 19 años de edad y la cantidad de mujeres que pertenecen a ese mismo rango etario durante un año determinado, por mil.

A modo de comparar la tasa de fecundidad adolescente con las de los demás grupos etarios presentamos el **Gráfico N°11** sobre la tasa de fecundidad específica por grupo etario. Allí se ve que la tasa de fecundidad adolescente temprana (menores a 15 años) es la más baja en relación a las demás. No obstante, expresa una multiplicidad de vulneraciones en el respeto de los derechos humanos de este grupo. La misma, pasa de un 4,41 en 2018 a un 1,95 en 2022. Siendo el año 2019 donde se produce la mayor reducción interanual (0,88).

Mientras que la tasa de fecundidad adolescente tardía (de 15 a 19 años) ocupa el segundo lugar después de la categoría de edad de 20 a 29 años. Como se ve pasa de 87,43 en 2018 a 49,00 en 2022. Se observa también la mayor disminución para el año 2019 (42,61).

**Gráfico N°11. Tasa de fecundidad específica cada mil mujeres. Chaco (2018-2022)**



Fuente: Elaboración propia en base a INDEC y MSN

Esta disminución de la cantidad de embarazos en niñas y adolescentes como en la tasa de fecundidad adolescente, podría atribuirse a diversos factores. No obstante, es menester mencionar políticas educativas y de salud, como la implementación de la **Ley N°26.150 de Educación Sexual Integral (ESI)** en las escuelas y especialmente, **la Ley 25.673 de creación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la adolescencia (ENIA)**. Ambas, han contribuido significativamente a mejorar la salud y el bienestar de las y los niños y adolescentes en Argentina, abordando diversas áreas como la educación sexual, la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, y la promoción de la participación y el acceso a servicios de salud adecuados.

Por otro lado, un indicador más para tener en cuenta es **la cantidad total de defunciones obstétricas según grandes causas**. Es importante destacar que durante el período analizado que abarcan los últimos diez años (2012-2022) **las defunciones debido a abortos (espontáneo, médico o intento fallido de aborto y no especificado) representan entre el 9% y el 7%** del total de muertes maternas anuales en la provincia.

Por otro lado, las defunciones obstétricas directas constituyen el mayor porcentaje para todo el intervalo, seguidas por las indirectas.<sup>2</sup>

#### **Gráfico N°12. Defunciones obstétricas por grandes causas. Chaco (2012-2022)**

---

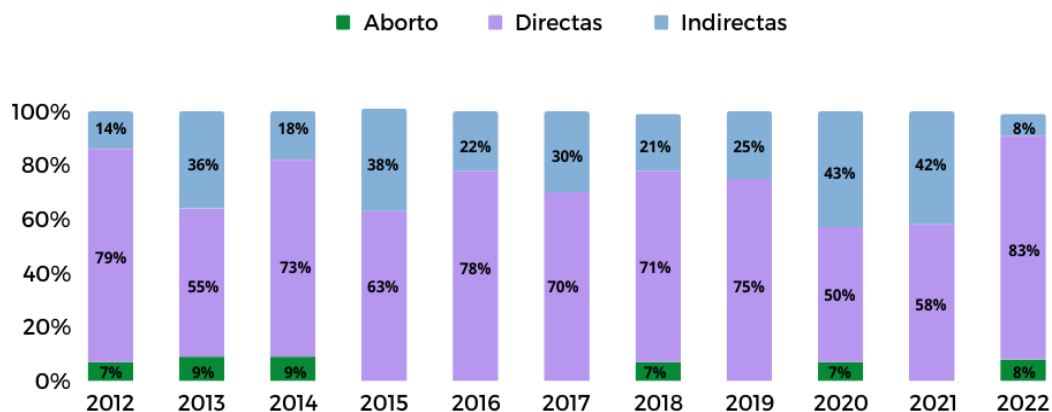
<sup>2</sup> **Defunciones obstétricas directas:** Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

**Defunciones 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.

# CHACO

## DEFUNCIONES OBSTÉTRICAS SEGÚN CAUSA DE MUERTE

Periodo 2012-2022 (INDEC).



Fuente: Elaboración propia en base a INDEC y MSN.

Resulta claro que existe una demanda en Chaco por el acceso a la IVE/ILE. Sin embargo, es crucial destacar las barreras y limitaciones que aún persisten en la provincia, las cuales representan desafíos que deben abordarse para seguir avanzando en lo alcanzado hasta ahora.

En primer lugar, es fundamental destacar que uno de los principales obstáculos para la efectiva implementación de la Ley N°27.610 es la **objeción de conciencia** expresada por algunos profesionales de la salud. Esta objeción se refiere a la facultad que tienen estos profesionales para negarse a participar en una intervención médica si consideran que esta contradice sus principios morales, éticos, religiosos, entre otros.

En la actualidad, en la provincia se observa una reticencia de profesionales dispuestos a llevar a cabo tanto la práctica del aborto como el acompañamiento postaborto. Como ya se mencionó solamente se han registrado 9 efectores en total para garantizar este servicio. Esto genera una mayor dificultad de acceso para las personas que residen lejos de los centros de atención más importantes de la provincia con disponibilidad de efectores de salud que practiquen IVE/ILE y lo informen (Resistencia, P.R. Sáenz Peña y Villa Ángela).

Por lo tanto, es fundamental destacar que, si bien se han logrado avances, como lo demuestran los datos recopilados, aún queda trabajo por hacer para garantizar la efectiva aplicación de la ley. Esto implicaría poder **contar con un mayor número de profesionales capacitados y dispuestos a efectuar servicios IVE/ILE**, como el acompañamiento postaborto.

## Testimonios Relevantes de Actores Clave

### Experiencia del equipo médico del Hospital J.C. Perrando

Para conocer un poco más sobre la implementación de la ley en Chaco, conversamos con una de las médicas que brinda servicios de IVE/ILE sobre su experiencia y su mirada particular respecto a los impactos que tuvo la legalización del aborto seguro, legal y gratuito en la provincia, destacando en primer lugar que la aprobación de la ley resultó en un aumento significativo en la demanda de servicios, con un promedio de 50 a 60 interrupciones del embarazo por mes en el Hospital Perrando de Resistencia.

#### **Previo a la Ley 27.610**

En relación a esto, la médica detalla el proceso y los desafíos a los que se enfrentó un grupo de médicos del hospital antes de la aprobación de la ley. Inicialmente, el número de pacientes que consultaban sobre el tema era escaso y solían hacerlo a través de amigos o conocidos, principalmente debido a la falta de claridad legal y a los prejuicios existentes:

*“Antes de que se aprobara la ley, venían pocas pacientes a preguntar y lo hacían mediante algún amigo o por algún conocido. Pero ninguna se animaba a venir a preguntar directamente, porque viste que era todo mucho más oscuro.”*

Durante ese período, para atender los casos de aborto, un equipo médico junto con profesionales de salud mental, llevaron a cabo entrevistas conjuntas para abordar los casos desde una perspectiva integral de salud, siguiendo la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), amparados en el artículo 86° del Código Penal.



*“En ese momento, que fueron más o menos dos años y medio o tres hasta que se aprobó la ley, entre los médicos, que no eran todos, éramos dos en ese momento. Después se sumó una tercera y armamos un equipo con los profesionales de salud mental. Hacíamos una entrevista en conjunto, un médico, acompañado por un psicólogo o psiquiatra y todos los casos eran enmarcados como causal de salud integral. Porque, la mayoría de las veces, los que no eran abusos venían por causa social o psicológica; y según la definición de salud por la OMS, que es holística y abarca las tres áreas, lo encausábamos así. Por ende, no teníamos ningún problema legal ya que se abordaban en el marco de la ILE.”*

Cuando aún no se contaba con un protocolo establecido como el de la Ley 27.610, se realizaban los procedimientos con las pacientes internadas en días específicos para evitar conflictos con el personal y proporcionar un entorno más amigable para las pacientes. Los mayores conflictos surgían cuando el embarazo estaba más avanzado, pero el equipo continuaba con el proceso. Al respecto nos comenta que:

*“En ese momento, que todavía no estaba el protocolo, hacíamos los procedimientos con las pacientes acá internadas. Teníamos que elegir los días que traíamos las pacientes, porque no todo el mundo estaba de acuerdo. Se generaban un montón de discusiones porque había gente que se ponía a cuestionar, si “¿está estudiando o trabajando?” y “¿por qué no quiere tener?” Para no hacerle pasar un mal momento a las pacientes, era elegir los días donde había gente amigable y las internábamos esos días. Se generaban más conflictos, cuando el embarazo entraba al segundo trimestre o segundo trimestre un poquito más avanzado.”*

### **Una vez que se aprobó la interrupción voluntaria del embarazo**

La entrevistada menciona de qué manera cambió el proceso de atención médica después de que se aprobó la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Pues con anterioridad se enfrentaban a grandes dificultades para encontrar espacios físicos adecuados y para organizar la atención debido a la falta de apoyo institucional y a la resistencia de ciertos sectores. Después de la aprobación de la ley, se obtuvo un lugar designado en el hospital para atender a las pacientes.

*“Desde que se aprueba la ley, abrimos el consultorio, la dirección nos provee un espacio físico, porque antes teníamos que hacer las consejerías acá (en la guardia de maternidad del Hospital Perrando). O era preguntar en el grupo de WhatsApp, quién tiene un lugar o un consultorio disponible. Así que nos íbamos a salud mental o veníamos acá, todo en ambientes que eran muy invasivos”.*

Una vez que tuvieron disponible el espacio físico, la atención se realizó a demanda, pero está fue mucho más de la prevista. Por tal motivo, para gestionar la alta demanda comenzaron a brindar turnos. No obstante, surgieron problemas con el área responsable de la coordinación de los turnos:

*“En un primer momento, la atención era a demanda y se generaban días de 12 a 15 pacientes, sumado a las otras actividades que los médicos teníamos asignadas, como guardia, cirugía, consultorio, sala. De repente, con 12 pacientes ante la escasez de una consejería, nos vimos desbordados. A partir de ese momento comenzamos a dar turnos. Ahí se nos complicó la historia con el sector de estadística. Porque la jefa de estadística en ese momento, era deliberadamente pro vida y prohibió a toda la gente de estadística que diera turnos para IVE/ILE. Entonces las pacientes iban y no se les brindaban los turnos. Por ese motivo comenzamos a dar los turnos acá en el servicio de ginecología.”*

Además de que en algunas ocasiones se le niegan los turnos para IVE/ILE, las pacientes también tuvieron que enfrentar situaciones en las que otros médicos intentaban cambiar su opinión respecto al aborto. Por ende, desde el equipo de efectores se vieron obligados a asesorar a las pacientes para que pudieran realizar las denuncias correspondientes

*“...nos ha pasado acá con propios colegas. Tuvimos que invitar a algunas pacientes a hacer alguna denuncia al 0800 de que obstaculizaron la interrupción, porque que se vino a hacer la ecografía, e intentaron en ese proceso hacerles cambiar de opinión.”*

Como otra estrategia para superar estas barreras institucionales que dificultaron el efectivo cumplimiento de la ley, desde el equipo de efectores se desarrollaron algunas prácticas como la circulación de folletos informativos, sumado al trabajo en red que realizaban con las socorristas:

*“Ahí fue que diseñamos nuestro primer flyer para que se difunda y hasta ese momento trabajamos mucho con las socorristas. Inclusive muchas de ellas conseguían mifepristona a través de la red de socorristas de Latinoamérica, nosotros solo teníamos misoprostol. Así que era mucho trabajo en conjunto, teléfono de por medio, ellas brindaban acompañamiento más cercano a las pacientes, si se complicaba algo nos avisaban, la paciente venía, era todo así muy personalizado.”*

En la actualidad, ya cuentan con su propio procedimiento de atención para casos de IVE/ILE, se fueron sumando más médicos al equipo y continuaron trabajando de manera conjunta con el área de salud mental del hospital

*“Ahí fue que hicimos nuestro primer flyer, lo difundimos, empezamos a dar turnos acá. En ese entonces ya se nos sumó una médica más, que era una residente que estaba en formación, terminó su especialización, en esos años, así que se sumó al equipo. Además, el equipo de Salud Mental siempre estuvo, incluso se fue sumando gente.”*

Asimismo, la entrevistada resalta en su relato cómo desarrollaron un procedimiento propio para ofrecer una atención más efectiva, reconociendo la importancia del tiempo como factor crucial en la implementación de la IVE. La médica expresa que:

*“Desde ahí se nos ordenó todo muchísimo más. Empezamos a ordenarnos en que la paciente venga con su ecografía hecha, porque además se puede prever si se requiere un turno más pronto, o hacerle una consejería inmediata sin turno previo. Porque por ahí había un turno a dos semanas, y estábamos en 13 semanas, y ya irnos a 15 entorpece todo. Así que, al venir con la ecografía, nos ayudó muchísimo a agilizar.”*

Una vez realizada la consejería, se le brinda la medicación a la paciente ya que por lo general el tipo de tratamiento que se implementa por protocolo es el farmacológico.

*“Por lo general, si no hay ningún riesgo, y la paciente vive cerca del hospital, con embarazo menor a 12 semanas, ya en la consulta se le da la medicación. Ahora que hay disponibilidad de mifepristona, la mayoría se va con mifepristona y misoprostol.”*

El proceso se agiliza para los casos particulares que requieren una atención más rápida y coordinada, como los casos en que los embarazos superan la semana 14 o en aquellos que las pacientes sean menores de 19 años. Para el primero de ellos, la entrevistada menciona:

*“Las pacientes que superan las 14 semanas, son dirigidas a Salud Mental con un turno. Después vuelven con nosotros, con el visto bueno de salud mental cargado en sistema y ahí sí procedemos con la medicación”.*

Por otro lado, en el caso de pacientes menores de 19 años, se indica lo siguiente:

*“Dentro del equipo de Salud Mental hay psicólogos que trabajaban en adolescencia. Entonces, la menor a 19 directamente se dirige a adolescencia, donde la intervención es mucho más rápida, y ya tiene el abordaje psicológico para después de la interrupción también.”*

## Atención postaborto

En la entrevista se describe cómo se implementó y continuó desarrollando un programa de anticoncepción postaborto, en colaboración con el equipo de Salud Mental. Se brinda asesoramiento y atención obstétrica a las pacientes con ecografías de control. Además, se ofrece acceso a métodos anticonceptivos como el DIU o el implante hormonal:

*“Y lo que siempre implementamos desde que empezamos, es la anticoncepción postaborto. Todas las pacientes tienen la consejería o el obstetra, que hacen el seguimiento. Las pacientes vuelven con su ecografía de control a la semana o 10 días después, donde ya están más tranquilas. Y esas pacientes todos los viernes tienen acceso a colocarse el DIU, por ejemplo y la que eligió implante ya se va con el implante. **Así que la ley cambió muchísimo nuestra organización.**”*

Por último, resulta importante destacar la opinión personal de la médica que forma parte del equipo de efectores desde sus inicios. Al respecto, resalta el cambio de actitud hacia la interrupción del embarazo desde la aprobación de la ley. Por un lado, observa que las pacientes ahora se sienten más libres para hacer preguntas, buscar asesoramiento e informarse

*“Yo que viví el proceso desde antes de la ley, el impacto es que las pacientes vienen con mucha más libertad a poder preguntar, asesorarse e informarse. Se van abriendo las cabezas.”*

Por otro lado, destaca la evolución en la actitud del personal médico para brindar información y no obstaculizar el proceso. Aunque el cambio no es tan rápido como se desearía, señala un cambio significativo después de la implementación de la ley.

*“Nosotros, en un principio, cuando pasamos esta época de 15 a 12 consejerías por día, pedíamos a gritos que nos ayuden a que en la periferia; que la gente pueda ir a su centro de salud, aunque sea, a recibir la consejería ahí. Y eso vamos notando que por lo menos ya le dan la opción a la paciente. Nadie todavía se ofrece a sumarse al equipo. Pero sí, por lo menos ya no obstaculizan, no interfieren. Y creo que eso es muy bueno. Por ahí, no es tan rápido como quisiéramos, pero vamos notando que se va permeabilizando un poco más. **Es un antes y un después muy marcado.**”*

De tal manera, la experiencia del equipo médico del Hospital Perrando en la implementación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Chaco ha sido reveladora en varios aspectos. Antes de la aprobación de la ley, el equipo

enfrentaba desafíos significativos, incluida la falta de claridad legal y los prejuicios arraigados en la sociedad, lo que resultaba en una baja demanda de servicios y obstáculos para brindar atención integral. Sin embargo, con la promulgación de la ley, se produjo un cambio notable, con un aumento sustancial en la demanda de servicios y una mejora en la accesibilidad a la atención médica. El equipo de médicos efectores adaptó sus prácticas para abordar esta creciente demanda, estableciendo un procedimiento sólido para la atención de casos de IVE/ILE y colaborando con el área de salud mental del hospital.

De este modo, se resalta la importancia de la perseverancia en la superación de los obstáculos institucionales y la resistencia individual. Se implementaron estrategias, como el trabajo en colaborativo con socorristas para así poder superar barreras y garantizar el acceso de las pacientes a servicios seguros y especializados. A pesar de los desafíos persistentes, el compromiso del equipo con el bienestar de las pacientes impulsó el desarrollo continuo de prácticas efectivas y la búsqueda de soluciones para mejorar la calidad de la atención.

Por último, cabe destacar que, la experiencia del equipo médico refleja un cambio cultural significativo hacia una visión más comprensiva y respetuosa de la salud reproductiva. Tanto los pacientes como los profesionales de la salud han experimentado una evolución en su postura hacia la interrupción del embarazo, evidenciando una mayor apertura para buscar información, asesoramiento y atención médica. Si bien persisten desafíos, la implementación de la ley ha marcado un antes y un después en la prestación de servicios de salud reproductiva en Chaco, allanando el camino hacia una sociedad más justa, equitativa y compasiva.

## El Papel del Socorrismo en el marco de la Ley N°27.610

Una de las organizaciones que ha tenido un gran impacto desde la campaña nacional por el aborto legal, seguro y gratuito es **“Socorristas en Red”**, una coalición de colectivos feministas presentes en todas las provincias del país.

### **Antes de la aprobación de la Ley N°27.610**

Las Socorristas en Red desempeñaban un papel crucial al brindar acompañamiento, apoyo, información y defensa ante la urgente necesidad de una legislación que no criminalizara a las personas gestantes por elegir el aborto. Durante ese período, su labor

se enfocaba en promover la realización de abortos en ambientes seguros, al mismo tiempo que garantizaban la provisión de información conforme a los protocolos establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

**Tras la sanción de la ley**, el trabajo de las socorristas continúa siendo de vital importancia al brindar información y acompañamiento a aquellas que deciden interrumpir su embarazo, al mismo tiempo que abogan por la garantía de los derechos recién conquistados.

Para llevar a cabo estas funciones, el socorrismo ha adoptado diversas líneas de acción, enfocándose en dos ejes principales que complementan la legislación.

En primer lugar, se ha hecho un énfasis significativo en la difusión, con el objetivo de promover un mayor reconocimiento de los derechos que esta salvaguarda. Por lo tanto, la primera medida implementada por las socorristas ha sido la difusión activa de la legislación.

## DIFUSIÓN

A los tres meses de la sanción de la ley, se llevó a cabo una labor primordial para garantizar su implementación efectiva dentro de las instituciones, que consistió en dar a conocer sus detalles, su alcance, los procedimientos involucrados y las implicaciones en caso de que se niegue el acceso a los derechos garantizados por la norma. En este sentido, se emprendió una campaña pública que incluyó la distribución de productos impresos, afiches y folletos informativos dirigidos tanto a personas gestantes que buscan acceder al aborto como a profesionales de la salud e instituciones pertinentes. Además, esta campaña se orientó hacia espacios comunitarios y movimientos sociales, reconociendo su influencia en los territorios y su posible implicación en la defensa de estos derechos.

En segundo lugar, se compartieron conocimientos sobre cómo proceder ante una solicitud de aborto de un paciente, a profesionales en los primeros estadios de su carrera en el ámbito médico relacionado en pos de fomentar un entorno de atención que sea respetuoso hacia aquellas personas que buscan acceder a una IVE/ILE. En este sentido,

la capacitación a través de seminarios, talleres y charlas informativas ha sido una estrategia fundamental implementada por la red de socorristas tras la aprobación y puesta en marcha de la ley.

## FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

En consonancia con el compromiso del socorrismo tras la aprobación de la ley, se ha dado prioridad a la implementación de programas de formación y capacitación dirigidos a profesionales del ámbito de la salud. Este enfoque tiene como objetivo principal aumentar el número de profesionales capacitados y comprometidos con la garantía de los derechos reproductivos. Estos programas abarcan una amplia gama de temas relacionados con la atención integral de la salud reproductiva, incluyendo protocolos de aborto seguro, consejería pre y post aborto, manejo de complicaciones y aspectos éticos y legales asociados. De esta manera, se busca no solo mejorar la calidad de la atención médica ofrecida, sino también fortalecer la red de profesionales comprometidos con el respeto y la protección de los derechos de las personas gestantes.

Al respecto conversamos con dos socorristas, una de ellas es una de las referentes que formó parte de Socorro Rosa el espacio fundador de Socorristas en Red. Entre los logros del colectivo, destacó que, en algunas provincias, como es el caso de Neuquén, se llevaron adelante seminarios dirigidos a estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue. Según lo expresado por la entrevistada:

*“...Pudimos hacer también acciones como es en Neuquén, por ejemplo, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue con estudiantes, promoviendo seminarios optativos para la carrera, aprobados por el Consejo Directivo de la Facultad justamente para la formación de grado porque nos parece que es muy importante intervenir allí y no esperar a que se reciban para ver si van a garantizar o no...”*

Entrevista 2

La aprobación y aplicación de dicha norma ha marcado un hito significativo en términos de acceso legal al aborto en condiciones seguras y gratuitas, lo que no solo facilita un mayor acceso a este derecho, sino que también lo convierte en un elemento crucial para la salud reproductiva de quienes optan por esta decisión. Sin embargo, el impacto más notable y ampliamente reconocido por los actores involucrados es el cambio cultural que vino de la mano con el proceso de legalización del aborto. La sociedad ha comenzado

a despojar al aborto de los estigmas que lo rodeaban en el pasado, dando paso a discusiones fundamentales sobre la sexualidad, la planificación de proyectos de vida y el derecho de las personas gestantes a tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

*“El tiempo que pasó -desde la sanción- no es mucho, pero yo creo que sobre todo las juventudes pusieron en pie de discusión los cuidados, la sexualidad y la planificación, qué se quiere y qué no, cómo se decide. Es decir, poder discutir qué tipo de sexualidad querés tener. [...] Que el aborto sea una opción, si bien no es para todas las mujeres, no creo que todas estén pensando “si me quedo embarazada, no pasa nada, puedo abortar” No es eso. Pero sí, en la juventud se generó un cambio en el imaginario dentro de lo que aparece como una posibilidad más y eso es un impacto, no sé si solo de la ley, más bien del movimiento del 2018 a la fecha.” Entrevista 1*

Este cambio cultural, en parte, ha sido el motor que impulsó la relevancia del debate sobre la despenalización del aborto a partir del año 2018, y ha llevado a la insistencia en garantizar este derecho. Además, ha resaltado la importancia de brindar atención médica y apoyo adecuados a las personas que eligen abortar, reconociendo el cuidado que merecen. Una de las entrevistadas expone de la siguiente manera su mirada:

*“[...] Y lo más importante de la ley, quizás, o una cosa muy importante a nivel simbólico y cultural, es que cuando obtenemos esta ley, lo que está diciendo el Estado, lo que está diciendo el Congreso de la Nación cuando aprueba esta ley, es que abortar no está mal, lo que está mal son las leyes que criminalizan [...] Y ahí me parece que es ese cambio, o eso, para eso también son las leyes, ¿no? Las leyes colaboran. En cambiar las sensibilidades éticas...” Entrevista 2*

El cambio cultural y subjetivo a nivel social ha representado un impacto significativo que ha trascendido, permitiendo incluso que el aborto se posicione en la agenda política. Tras la aprobación de la ley, se han llevado a cabo acciones continuas en materia de política pública, destacando iniciativas como la contribución a la producción pública de misoprostol y la presentación del mismo en las dosis adecuadas para el aborto. Además, se ha trabajado en el registro y provisión de mifepristona, otro medicamento fundamental para el procedimiento. Asimismo, se han implementado capacitaciones virtuales dirigidas a profesionales de la salud, con el objetivo de asegurar una atención integral y de calidad en el ámbito de la interrupción del embarazo. Estas acciones reflejan un compromiso continuo con la promoción de la salud reproductiva y el respeto de los derechos de las personas gestantes.



## Algunas reflexiones

En el análisis se han observado resultados significativos que reflejan tanto avances notables como desafíos persistentes en el acceso a servicios de salud reproductiva. Los datos recopilados revelan un incremento sustancial en la cantidad de servicios de IVE/ILE informados en la región tras la entrada en vigor de la Ley N° 26.710, evidenciando un aumento progresivo en la demanda y en la disponibilidad de estos servicios en el sistema de salud pública provincial.

Es relevante destacar que, antes de la implementación de la ley, las cifras de interrupciones informadas eran relativamente bajas, con 65 en 2019 y 173 en 2020, mientras que durante el primer año de aplicación de la normativa se reportaron 688 servicios IVE/ILE. Este número experimentó un crecimiento significativo en los años siguientes, alcanzando un total de 1277 en 2022 y 1328 en 2023.

A pesar de estos avances, también se evidencian desafíos persistentes en la implementación efectiva de la ley, como la escasa disponibilidad de profesionales dispuestos a llevar a cabo prácticas de IVE/ILE y la concentración de efectores en ciertas zonas de la provincia. La reticencia de algunos profesionales y la limitada accesibilidad a servicios en determinadas localidades dificultan el acceso equitativo a estos servicios para todas las personas que requieren atención en materia de salud reproductiva.

En este sentido, es imperativo continuar fortaleciendo la capacitación y formación de profesionales de la salud, así como promover estrategias educativas y de difusión que sensibilicen a la población sobre la importancia de garantizar el acceso a servicios de IVE/ILE en condiciones seguras y respetuosas. La experiencia compartida por los actores clave en este informe subraya la necesidad de abordar de manera integral los desafíos que aún persisten en la implementación de la ley, con el propósito de asegurar el pleno ejercicio de los derechos reproductivos de todas las personas en la provincia de Chaco y en el país en su conjunto. La colaboración entre los profesionales de la salud, las instituciones gubernamentales y la sociedad será fundamental para superar los obstáculos y garantizar un acceso equitativo y seguro a los servicios de salud reproductiva en la región.

# Bibliografía

Garcés de los Fayos, M (25 de septiembre de 2023) ¿Qué está pasando con el derecho al aborto en el mundo? Recuperado de: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/que-esta-pasando-con-el-derecho-al-aborto-en-el-mundo-1/>

Ministerio de Salud de la Nación. Informe Anual ImplementAR IVE/ILE (2021). Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/implementar-ive-ile-ley-27610-informe-anual-2021>

Ministerio de Salud de la Nación. Informe Anual ImplementAR IVE/ILE (2022). Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/implementar-ive-ile-ley-27610-informe-anual-2022>

UNICEF (2021). Hoja de ruta. Atención de niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/media/19871/file/Hoja%20de%20Ruta.%20Atenci%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20embarazadas%20menores%20de%2015%20a%C3%B1os.%20Provincia%20de%20Chaco.pdf>

## **Normativa consultada:**

Ley N°26.150 - Educación Sexual Integral.

Ley 25.673 de creación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la adolescencia.

Ley N° 27.610 - Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y de atención postaborto.



## ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

### Ley 27610

#### Disposiciones.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

Artículo 1º- Objeto. La presente ley tiene por objeto regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.

Art. 2º- Derechos. Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a:

- a) Decidir la interrupción del embarazo de conformidad con lo establecido en la presente ley;
- b) Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud, de conformidad con lo establecido en la presente ley;
- c) Requerir y recibir atención postaborto en los servicios del sistema de salud, sin perjuicio de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados de conformidad con la presente ley;
- d) Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces.

Art. 3º- Marco normativo constitucional. Las disposiciones de la presente ley se enmarcan en el artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional, los tratados de derechos humanos ratificados por la República Argentina, en especial la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) y su Protocolo Facultativo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, en virtud de la protección que otorgan a los derechos sexuales y reproductivos, a la dignidad, a la vida, a la autonomía, a la salud, a la educación, a la integridad, a la diversidad corporal, a la identidad de género, a la diversidad étnico-cultural, a la privacidad, a la libertad de creencias y pensamientos, a la información, a gozar de los beneficios de los avances científicos, a la igualdad real de oportunidades, a la no discriminación y a una vida libre de violencias.



Art. 4º- Interrupción voluntaria del embarazo. Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional.

Fuera del plazo dispuesto en el párrafo anterior, la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo solo en las siguientes situaciones:

a) Si el embarazo fuere resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración jurada pertinente de la persona gestante, ante el personal de salud interviniente.

En los casos de niñas menores de trece (13) años de edad, la declaración jurada no será requerida;

b) Si estuviere en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante.

Art. 5º- Derechos en la atención de la salud. Toda persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción de su embarazo en los servicios del sistema de salud o con su asistencia, en un plazo máximo de diez (10) días corridos desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la presente ley y en las leyes 26.485, 26.529 y concordantes.

El personal de salud debe garantizar las siguientes condiciones mínimas y derechos en la atención del aborto y postaborto:

a) Trato digno. El personal de salud debe observar un trato digno, respetando las convicciones personales y morales de la paciente, para erradicar prácticas que perpetúan el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar;

b) Privacidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener y transmitir información y documentación clínica de la paciente debe garantizar la construcción y preservación de un ambiente de confianza entre el personal de salud y las personas que solicitan la atención, y observar el estricto respeto por su intimidad, dignidad humana y autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la confidencialidad; solo se compartirá información o se incluirá a su familia o a su acompañante con su expresa autorización, conforme las previsiones del artículo 8º de la presente ley.

Asimismo, deberá protegerse a la paciente de injerencias ilegítimas por parte de terceros.

En los casos de violación cuyas víctimas fueran niñas o adolescentes, el deber de comunicar la vulneración de derechos previsto en el artículo 30 de la ley 26.061 y el deber de formular denuncia penal establecido en el artículo 24, inciso e), de la ley 26.485 en el marco de lo dispuesto por el artículo 72 del Código Penal, deberán cumplirse respetando el derecho a la privacidad y confidencialidad de niñas y adolescentes, su capacidad progresiva e interés superior de conformidad con la Convención de los Derechos del Niño, la ley 26.061 y el artículo 26 del Código Civil y Comercial, y no deberán obstruir ni dilatar el acceso a los derechos establecidos en la presente ley;

c) Confidencialidad. El personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Debe informar durante la consulta



que la confidencialidad está garantizada y resulta alcanzada por el secreto médico.

La paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manejo de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, deba respetar el derecho a la confidencialidad, salvo expresa autorización escrita de la propia paciente;

d) Autonomía de la voluntad. El personal de salud debe respetar las decisiones de las pacientes respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. Las decisiones de la paciente no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad;

e) Acceso a la información. El personal de salud debe mantener una escucha activa y respetuosa de las pacientes para expresar libremente sus necesidades y preferencias. La paciente tiene derecho a recibir la información sobre su salud; el derecho a la información incluye el de no recibir información inadecuada en relación con la solicitada.

Se debe suministrar información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de la práctica. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.

El personal de salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar la información disponible sobre los derechos protegidos por la presente ley de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita;

f) Calidad. El personal de salud debe respetar y garantizar el tratamiento del aborto conforme los alcances y la definición de la Organización Mundial de la Salud. La atención será brindada siguiendo los estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.

Art. 6º- Información y tratamiento del aborto y de la salud sexual y reproductiva. Realizada la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo de conformidad con el artículo 4º, el establecimiento de salud pondrá a disposición de las personas gestantes que así lo requieran, en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, ley 25.673, lo siguiente:

a) Información sobre el procedimiento que se llevará a cabo y los cuidados posteriores necesarios, siguiendo los criterios del artículo anterior;

b) Atención integral de su salud a lo largo de todo el proceso;

c) Acompañamiento en el cuidado de la salud e información adecuada y accesible a las necesidades de cada persona, científica, actualizada sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles, así como la provisión de los métodos anticonceptivos previstos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y en la ley 25.673 o la normativa que en el futuro la reemplace.

Estos servicios no son obligatorios para la paciente ni condición para la realización de la práctica.



Art. 7º- Consentimiento informado. Previo a la realización de la interrupción voluntaria del embarazo se requiere el consentimiento informado de la persona gestante expresado por escrito, de conformidad con lo previsto en la ley 26.529 y concordantes y en el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación. Nadie puede ser sustituido en el ejercicio personal de este derecho.

Art. 8º- Personas menores de edad. En el marco de lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7º del anexo I del decreto 415/06, el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación, la solicitud de la interrupción voluntaria del embarazo deberá ser efectuada de la siguiente manera:

- a) Las personas mayores de dieciséis (16) años de edad tienen plena capacidad por sí para prestar su consentimiento a fin de ejercer los derechos que otorga la presente ley;
- b) En los casos de personas menores de dieciséis (16) años de edad, se requerirá su consentimiento informado en los términos del artículo anterior y se procederá conforme lo dispuesto en el artículo 26 del Código Civil y Comercial y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7º del anexo I del decreto reglamentario 415/06 y el decreto reglamentario 1.282/03 de la ley 25.673.

Art. 9º- Personas con capacidad restringida. Si se tratare de una persona con capacidad restringida por sentencia judicial y la restricción no tuviere relación con el ejercicio de los derechos que otorga la presente ley, podrá prestar su consentimiento informado sin ningún impedimento ni necesidad de autorización previa alguna y, si lo deseara, con la asistencia del sistema de apoyo previsto en el artículo 43 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Las personas que actúan como sistema de apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos y, por tanto, es necesario que el diseño del sistema de apoyo incorpore salvaguardas adecuadas para que no existan abusos y las decisiones sean tomadas por la titular del derecho.

Si la sentencia judicial de restricción a la capacidad impide prestar el consentimiento para el ejercicio de los derechos previstos en la presente ley, o la persona ha sido declarada incapaz judicialmente, deberá prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o, a falta o ausencia de este o esta, la de una persona allegada, en los términos del artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Art. 10.- Objeción de conciencia. El o la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. A los fines del ejercicio de la misma, deberá:

- a) Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión;
- b) Derivar de buena fe a la paciente para que sea atendida por otro u otra profesional en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones;



c) Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas.

El personal de salud no podrá negarse a la realización de la interrupción del embarazo en caso de que la vida o salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable.

No se podrá alegar objeción de conciencia para negarse a prestar atención sanitaria postaborto.

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente artículo dará lugar a las sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda.

Art. 11.- Objeción de conciencia. Obligaciones de los establecimientos de salud. Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para realizar la interrupción del embarazo a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó. En todos los casos se debe garantizar la realización de la práctica conforme a las previsiones de la presente ley. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación. Todas las derivaciones contempladas en este artículo deberán facturarse de acuerdo con la cobertura a favor del efector que realice la práctica.

Art. 12.- Cobertura y calidad de las prestaciones. El sector público de la salud, las obras sociales enmarcadas en la ley 23.660 y en la ley 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la ley 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidos en la ley 26.682, de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del decreto 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la ley 24.741, de obras sociales universitarias, y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la interrupción voluntaria del embarazo prevista en la presente ley en todas las formas que la Organización Mundial de la Salud recomienda. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el PMO con cobertura total, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

Art. 13.- Educación sexual integral y salud sexual y reproductiva. El Estado nacional, las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los municipios tienen la responsabilidad de implementar la ley 26.150, de Educación Sexual Integral, estableciendo políticas activas para la promoción y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de toda la población.

Estas políticas deberán estar enmarcadas en los objetivos y alcances establecidos en las leyes 23.798, 25.673, 26.061, 26.075, 26.130, 26.150, 26.206, 26.485, 26.743 y 27.499, además de las leyes ya citadas en la presente ley. Deberán, además, capacitar sobre perspectiva de género y diversidad sexual a los y las docentes y a los y las profesionales y demás trabajadores y trabajadoras de la salud, a fin de brindar atención, contención y seguimiento adecuados a quienes soliciten realizar una interrupción voluntaria del embarazo en los términos de la presente ley, así como a los funcionarios públicos y las funcionarias públicas que actúen en dichos procesos.



Art. 14.- Modificación del Código Penal. Sustitúyese el artículo 85 del Código Penal de la Nación, por el siguiente:

Artículo 85: El o la que causare un aborto será reprimido:

1. Con prisión de tres (3) a diez (10) años, si obrare sin consentimiento de la persona gestante. Esta pena podrá elevarse hasta quince (15) años si el hecho fuere seguido de la muerte de la persona gestante.
2. Con prisión de tres (3) meses a un (1) año, si obrare con consentimiento de la persona gestante, luego de la semana catorce (14) de gestación y siempre que no mediaren los supuestos previstos en el artículo 86.

Art. 15.- Incorporación del artículo 85 bis al Código Penal. Incorpórase como artículo 85 bis del Código Penal de la Nación, el siguiente:

Artículo 85 bis: Será reprimido o reprimida con prisión de tres (3) meses a un (1) año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena, el funcionario público o la funcionaria pública o la autoridad del establecimiento de salud, profesional, efector o personal de salud que dilatare injustificadamente, obstaculizare o se negare, en contravención de la normativa vigente, a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados.

Art. 16.- Sustitución del artículo 86 del Código Penal. Sustitúyese el artículo 86 del Código Penal de la Nación, por el siguiente:

Artículo 86: No es delito el aborto realizado con consentimiento de la persona gestante hasta la semana catorce (14) inclusive del proceso gestacional.

Fuera del plazo establecido en el párrafo anterior, no será punible el aborto practicado con el consentimiento de la persona gestante:

1. Si el embarazo fuere producto de una violación. En este caso, se debe garantizar la práctica con el requerimiento y la declaración jurada de la persona gestante ante el o la profesional o personal de salud interviniente.

En los casos de niñas menores de trece (13) años de edad, la declaración jurada no será requerida.

2. Si estuviera en riesgo la vida o la salud integral de la persona gestante.

Art. 17.- Sustitución del artículo 87 del Código Penal. Sustitúyese el artículo 87 del Código Penal de la Nación, por el siguiente:

Artículo 87: Será reprimido o reprimida con prisión de seis (6) meses a tres (3) años, el o la que con violencia causare un aborto sin haber tenido el propósito de causarlo, si el estado del embarazo de la persona gestante fuere notorio o le constare.

Art. 18.- Sustitución del artículo 88 del Código Penal. Sustitúyese el artículo 88 del Código Penal de la Nación, por el siguiente:





Artículo 88: Será reprimida con prisión de tres (3) meses a un (1) año, la persona gestante que, luego de la semana catorce (14) de gestación y siempre que no mediaren los supuestos previstos en el artículo 86, causare su propio aborto o consintiera que otro se lo causare. Podrá eximirse la pena cuando las circunstancias hicieren excusable la conducta.

La tentativa de la persona gestante no es punible.

Art. 19.- Capacitación. El personal de salud deberá capacitarse en los contenidos de esta ley y de la normativa complementaria y reglamentaria. A tal fin, el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires implementarán los correspondientes programas de capacitación.

Art. 20. - Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente ley será establecida por el Poder Ejecutivo nacional.

Art. 21.- Orden público. Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina.

Art. 22.- Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS TREINTA DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO DOS MIL VEINTE.

REGISTRADA BAJO EL N° 27610

CLAUDIA LEDESMA ABDALA DE ZAMORA - SERGIO MASSA - Marcelo Jorge Fuentes - Eduardo Cergnul

e. 15/01/2021 N° 1961/21 v. 15/01/2021

**Fecha de publicación 15/01/2021**