



Implementación de la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2021–2024): Políticas, servicios, barreras y desafíos.

Marucci, Lucas Miguel¹; Trillini Palacios, María Sol¹

¹ Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Médicas.

Correo electrónico de contacto: lucasmmarucci@gmail.com

Recibido: 8 de setiembre de 2025 – Aceptado: 8 de octubre de 2025

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Servicios de Salud Reproductiva, Aborto, Aborto legal.

Keywords: Health Services Accessibility, Reproductive Health Services, Abortion, Abortion, Legal.

Introducción: Entre 2015 y 2019 se produjeron en promedio 121 millones de embarazos no deseados y 73,3 millones de abortos inducidos por año a nivel mundial (1). Cada año, alrededor de 7 millones de hospitalizaciones se atribuyen a abortos peligrosos, responsables del 4,7% al 13,2% de las muertes maternas, es decir, entre 13.865 y 38.940 decesos. Este fenómeno se concentra en países en desarrollo y entre grupos en situación de vulnerabilidad, especialmente donde existen marcos normativos restrictivos o barreras de acceso (2).

En Argentina, hasta 2021 no existían registros estadísticos precisos debido al predominio de un marco legal restrictivo. La razón de mortalidad materna muestra un descenso sostenido en los últimos 20 años, aunque la proporción de muertes por aborto y causas obstétricas indirectas se mantuvo estable en la última década (3).

La promulgación de la Ley 27.610 en 2021 amplió derechos reproductivos y posibilitó la implementación de políticas públicas para garantizar abortos seguros. Sin embargo, en Mendoza el acceso ha enfrentado fuertes resistencias institucionales. Antes de la Ley, solo el 3,7% de los efectores públicos garantizaba ILE (4) y en 2022 la provincia presentó la segunda tasa más baja de servicios IVE/ILE del país (5).

Objetivos: El objetivo general fue analizar la implementación de la Ley 27.610 en el sistema público de salud del área sanitaria de la Ciudad de Mendoza (2021-2024). Los objetivos específicos fueron: 1. Describir las políticas de salud implementadas tras la promulgación de la Ley. 2. Identificar y caracterizar la red de efectores que brindan atención en casos de IVE/ILE. 3. Indagar, a partir de experiencias del personal de salud, las barreras de acceso en la gestión del nuevo marco normativo.

Metodología: Se adoptó un enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo. Se realizaron cuatro entrevistas semiestructuradas a informantes clave vinculados a la implementación del protocolo IVE-



ILE en la ciudad de Mendoza. Se llevó adelante un muestreo intencional. Se seleccionó a personal de salud vinculado a la gestión del marco normativo a nivel provincial y a referentes de equipos de salud de efectores de atención primaria y hospitalares¹. Además, se analizaron documentos normativos, resoluciones, protocolos y publicaciones nacionales y provinciales. El período de análisis fue 2021-2024.

Resultados

Políticas públicas implementadas: Entre 2021 y 2024 se adoptaron medidas significativas: eliminación de restricciones a la venta y expendio de misoprostol (Ley 8116/09), creación de la coordinación provincial de IVE-ILE en el Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR), capacitaciones a equipos de salud y ampliación de efectores habilitados. También se difundió la línea gratuita 0-800 de salud sexual y reproductiva y, en 2024, el Decreto 2088 actualizó el vademécum obstétrico, incorporando a obstétricas/os al proceso de atención.

Red de efectores: En la Ciudad de Mendoza se identificaron dos CAPS ministeriales, cuatro municipales, uno de dependencia mixta (Ministerio de Salud y Deportes-UNCuyo) y dos hospitales polivalentes de alta complejidad. Sin embargo, en la mayoría de los CAPS solo se realizan etapas parciales del proceso por falta de insumos y estudios complementarios. Solo los hospitales garantizan la atención integral (preabortedo, procedimiento y seguimiento).

Barreras de acceso: Se evidencian múltiples barreras que restringen el acceso: Ausencia de un sistema unificado de registro, que dificulta dimensionar la demanda, planificar recursos y asegurar continuidad. Barreras geográficas, dado que pocos efectores realizan el proceso completo y las personas deben trasladarse entre establecimientos. Barreras económicas, derivadas de la fragmentación del circuito, que impulsa la búsqueda de estudios y ecografías en el sector privado para acortar tiempos. Déficit en la apropiación del marco legal por parte de equipos e instituciones, lo que genera implementación desigual y reproduce inequidades.

Discusión: A pesar de los avances normativos y programáticos, persisten limitaciones estructurales y organizativas en Mendoza. El aumento de efectores, la capacitación y la creación de una coordinación provincial representan logros relevantes, pero la fragmentación del circuito y la falta de insumos muestran la distancia entre la norma y la práctica.

¹ Entrevistas semiestructuradas realizadas en Mendoza en el marco de la investigación: entrevista grupal a directivos y referentes del Programa Provincial de Salud Reproductiva; entrevista grupal al equipo de salud de IVE-ILE del Hospital Luis Lagomaggiore; entrevista individual a integrante del equipo de salud del Hospital Central de Mendoza; entrevista individual a la referente departamental del Área de Ciudad del Programa Provincial de Salud Reproductiva (Mendoza, 2025).



Estos resultados coinciden con estudios previos que señalan resistencias institucionales y desigualdades territoriales como obstáculos recurrentes en el acceso al aborto seguro. El caso de Mendoza refleja la tensión entre el reconocimiento legal del derecho y las dificultades de su ejercicio efectivo, planteando la necesidad de revisar la gobernanza y la capacidad operativa del sistema de salud en contextos locales atravesados por factores culturales y políticos.

Conclusión: La implementación de la Ley 27.610 en Mendoza generó avances normativos y organizativos, como la eliminación de restricciones a insumos, la ampliación de efectores y la incorporación de obstétricas/os al proceso de atención. Sin embargo, estos progresos aún no se traducen en un acceso pleno y equitativo.

El relevamiento mostró que solo los hospitales de alta complejidad garantizan la totalidad del proceso, mientras que en el primer nivel de atención predominan prácticas parciales. Además, se constataron barreras persistentes: ausencia de registros unificados, fragmentación de la atención, costos indirectos y escaso conocimiento del marco legal.

En síntesis, la implementación en Mendoza se encuentra en una etapa de consolidación parcial. Para avanzar hacia un acceso efectivo, resulta necesario fortalecer la capacidad resolutiva del primer nivel de atención, implementar sistemas de información específicos y promover la formación y articulación de los equipos de salud.

Bibliografía

1. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020 Sep;8(9):e1152–61.
2. Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la atención para el aborto. Resumen ejecutivo [Internet]. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://bit.ly/45vOIf6>
3. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Información básica Argentina – Año 2019. Serie 5 Nº 63 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; abril 2021. Disponible en: <https://bit.ly/460nsW3>
4. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Publicación de resultados 2020 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2022 Sep. Disponible en: <https://bit.ly/4IGKVA5>



5. Proyecto Mirar. Reporte regional: acceso y provisión de servicios de aborto legal, seguro y gratuito
 - Argentina 2021 [Internet]. Buenos Aires: Proyecto Mirar; 2021. Disponible en:
<https://bit.ly/41OrChf>