

EL COSTO DE LA RETIRADA

BARRERAS, ENDEUDAMIENTO Y DESIGUALDAD
EN EL ACCESO AL ABORTO EN ARGENTINA



© Tomás Ramírez Labrousse | Amnistía Internacional Argentina



Cita sugerida:

**Amnistía Internacional, El costo de la retirada:
Barreas, endeudamiento y desigualdad en el
acceso al aborto en Argentina, 2026.**

Fecha de publicación:

28 de mayo de 2026

ÍNDICE

EL COSTO DE LA RETIRADA. BARRERAS, ENDEUDAMIENTO Y DESIGUALDAD EN EL ACCESO AL ABORTO EN ARGENTINA

01. INTRODUCCIÓN	4
02. METODOLOGÍA	7
03. LA PROFUNDIZACIÓN DE LOS RETROCESOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	10
04. EL IMPACTO DEL RETIRO DEL ESTADO NACIONAL COMO GARANTE DEL DERECHO A LA SALUD	13
4.1. Falta de insumos esenciales y debilitamiento de la respuesta sanitaria	14
4.1.1. Endeudarse para acceder a un derecho	16
4.1.2. Erosión de las capacidades institucionales	18
4.1.3. Salta como caso testigo de los efectos territoriales de la regresividad en el acceso a la salud sexual y reproductiva	19
4.2. Niñas, adolescentes y jóvenes: un acceso desigual	20
05. OTRAS BARRERAS PERSISTENTES EN EL ACCESO AL ABORTO	25
5.1. Falta de información sobre el derecho al aborto	26
5.2. Maltratos, desinformación y prácticas intimidatorias por el personal de salud	28
5.3. ¿La obstrucción como política municipal? El caso del Hospital Materno Infantil de San Isidro	29
06. OPACIDAD ESTATAL Y FALTA DE RENDICIÓN DE CUENTAS	33
6.1. Debilitamiento de los espacios de participación de la sociedad civil	34
6.2. Restricciones en el acceso a la información pública y falta de transparencia	35
07. RECOMENDACIONES	36
08. CANALES DE CONTACTO	39

01

MARCHO PORQUE A
ESTE RITMO ESTAMOS
A 300 AÑOS DE LA
IGUALDAD DE GÉNERO

INTRODUCCIÓN

La sanción de la Ley 27.610 en diciembre de 2020 marcó un hito en la ampliación de derechos en Argentina, al reconocer el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo como una garantía en materia de salud y autonomía reproductiva de mujeres y personas gestantes. La norma amplió y reforzó las obligaciones del Estado argentino para asegurar que este derecho sea garantizado en condiciones de calidad, gratuidad, trato digno y respeto por la autonomía de mujeres, niñas y adolescentes.

Durante los primeros años de implementación se registraron avances significativos. Se fortalecieron equipos de salud, se ampliaron efectores que garantizan la práctica, se desarrollaron políticas de acompañamiento e información, y se consolidó una política federal de compra y distribución de insumos esenciales para el acceso a la salud sexual y reproductiva, incluidos misoprostol y mifepristona.¹ Entre 2021 y octubre de 2023, 245.015 personas accedieron a abortos seguros en el sistema público de salud.² El 90% de las interrupciones se realizan durante el primer trimestre de gestación.³

En conjunto, estos elementos han contribuido a reducir los riesgos asociados a prácticas inseguras y a mejorar los indicadores de salud vinculados a la mortalidad materna por aborto.⁴ En efecto, el número de defunciones maternas por abortos disminuyó a la mitad al comparar los valores del trienio previo a la sanción de la Ley 27.610 con el trienio posterior.⁵

Estos avances se inscribieron en un entramado más amplio de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, como el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (PLAN ENIA), entre cuyas líneas prioritarias incluía asesorías de salud sexual en las escuelas y centros de salud, que contribuyeron a ampliar el acceso a información y servicios de niñas y adolescentes.

Sin embargo, estos avances conviven hoy con un **escenario de creciente regresividad**. Desde diciembre de 2023, el Gobierno nacional impulsó una retracción sostenida de su rol en la garantía del derecho a la salud bajo una interpretación restrictiva de sus obligaciones que desconoce el deber del Estado nacional de garantizar pisos mínimos de acceso, coordinar respuestas federales, reducir desigualdades territoriales y asegurar la disponibilidad de insumos esenciales en todo el país. Este proceso estuvo acompañado por una retórica de rechazo a la denominada “ideología de género” y por medidas concretas de desmantelamiento de políticas públicas estratégicas.

Este proceso se expresó en el debilitamiento de la rectoría nacional, el desfinanciamiento de políticas públicas estratégicas, la interrupción de la provisión de insumos esenciales y la ausencia de información pública sobre el acceso a los derechos sexuales y reproductivos.

Las consecuencias de estas decisiones se expresan en el incremento de barreras para el acceso

1. Medicamentos esenciales recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para garantizar el acceso al aborto seguro y en condiciones de calidad.
2. Ministerio de Salud de la Nación, Implementar IVE/ILE Ley 27.610, Informe Anual 2023, diciembre 2023.
3. Ministerio de Salud Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Salud sexual, VIH e ITS, Tuberculosis. Situación y respuesta en la ciudad de Buenos Aires. Noviembre 2025, pág. 10. También surge del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires, Informe Epidemiológico. Aborto 2024, pág.17.
4. Se refiere abortos médicos, otros abortos y aborto no especificado, conforme clasificación de la CIE-10: los códigos para el aborto se encuentran en el rango 000-008 (Embarazo con resultado abortivo), con códigos específicos para aborto espontáneo (003), como 003.9 (completo o no especificado, sin complicaciones) o 003.4 (incompleto, sin complicación), y para el aborto médico/terapéutico (004), que incluye el aborto legal y voluntario, mientras que 006 se usa para aborto no especificado, y O20.0 para amenaza de aborto.
5. CEDES y OSSyR, Situación y evolución de las muertes maternas en Argentina, 2024.



efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva. En un contexto marcado por la opacidad del Estado nacional en la producción y difusión de información sobre el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, **Amnistía Internacional registró durante 2025 un aumento significativo en la cantidad de consultas y denuncias por obstáculos en el acceso al aborto recibidos a través de su formulario online, superando en más de un 300% los casos recibidos en el año anterior.** Si bien estas cifras no son representativas de la situación a nivel nacional, permiten ofrecer una aproximación del agravamiento de las barreras para el acceso al aborto en el país.

Entre las situaciones relevadas, una de las dimensiones más preocupantes es el debilitamiento de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud provinciales, profundizando desigualdades territoriales preexistentes.

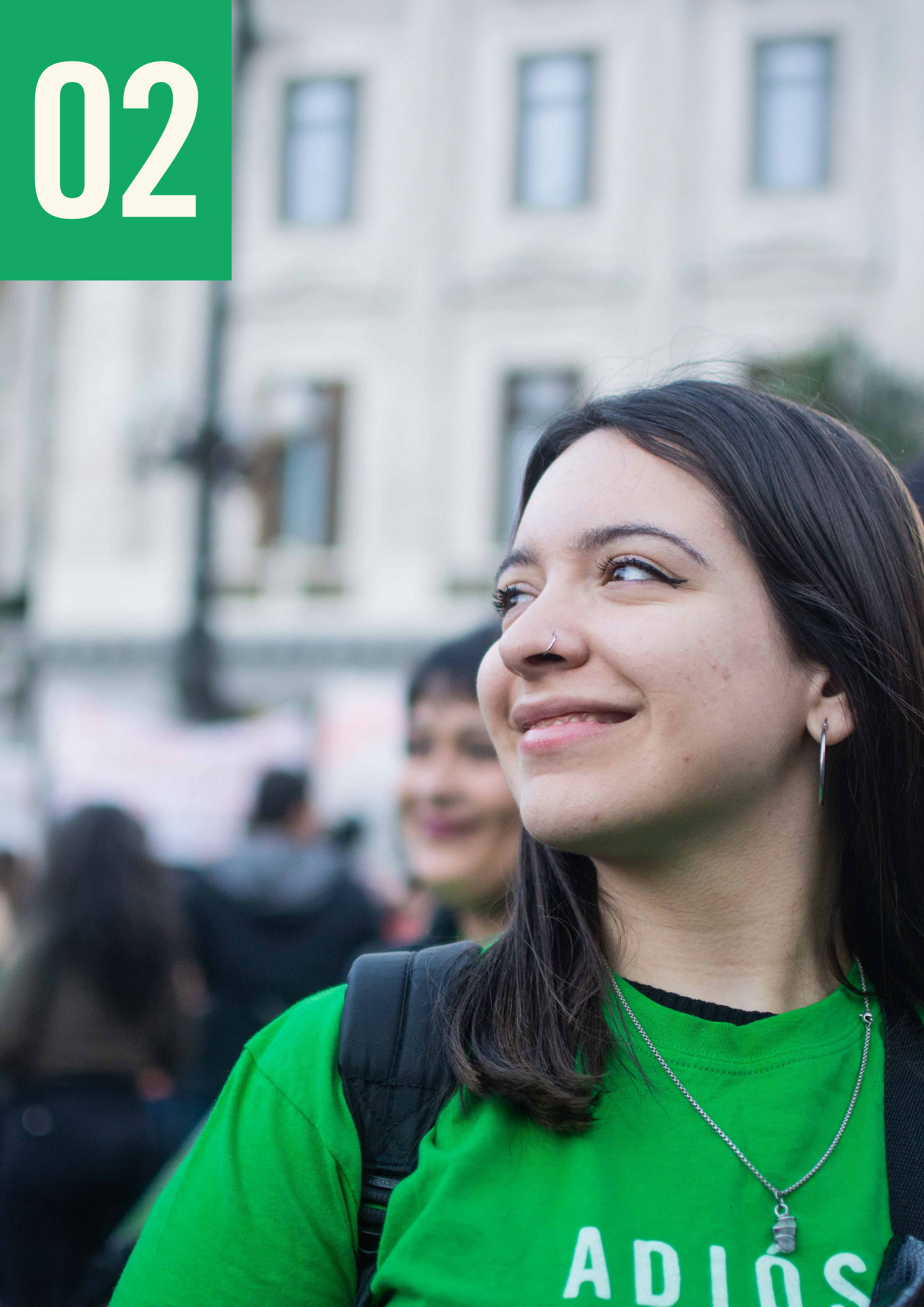
Esta situación evidencia una forma especialmente gravosa de incumplimiento estatal: el costo de la retracción del Estado se traslada hacia las personas, con impactos particularmente gravosos en contextos de vulnerabilidad socioeconómica como los que atraviesa el país.

Cuando el acceso a una práctica legal y sensible al paso del tiempo queda condicionado a la capacidad de pagar una medicación, viajar a otra localidad o conseguir dinero con urgencia, se profundizan las desigualdades. El impacto recae especialmente sobre quienes, por su situación socioeconómica, carecen de recursos suficientes y quedan expuestas a métodos inseguros o a embarazos forzados.

El incremento de barreras resulta particularmente alarmante en **el caso de niñas y adolescentes, cuyos reportes crecieron de manera significativa.** El embarazo no intencional en la adolescencia es una problemática multicausal; sin embargo, el aumento observado no puede leerse de manera aislada, ya que se da en un contexto marcado por el desmantelamiento del PLAN ENIA y la profundización de barreras en el acceso a métodos anticonceptivos, a la educación sexual integral y al aborto, lo que impacta de manera directa en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva de este grupo especialmente vulnerable. Detrás de las cifras hay historias atravesadas por demoras, derivaciones innecesarias, maltratos, angustia y miedo.

Ante este contexto, Amnistía Internacional presenta el siguiente informe con el objetivo de analizar cómo el desabastecimiento de insumos esenciales, la desarticulación de políticas públicas y el debilitamiento de la rectoría nacional impactan sobre el acceso a la salud sexual y reproductiva en Argentina. Los hallazgos muestran que el deterioro en el acceso se manifiesta en la falta de medicación, en demoras evitables, concentración de la atención en pocos efectores, desinformación, maltratos, prácticas intimidatorias, barreras económicas y profundas desigualdades territoriales. Asimismo, el informe advierte sobre el debilitamiento de mecanismos de participación social, transparencia y rendición de cuentas, indispensables para monitorear el cumplimiento de las obligaciones estatales en materia de derechos humanos.

02



METODOLOGÍA

Desde la sanción de la Ley 27.610 en el año 2020, Amnistía Internacional realiza un monitoreo permanente sobre las políticas implementadas por el Estado nacional y los Estados provinciales en torno al acceso al aborto, desde un enfoque de derechos humanos. Para ello, la organización lleva adelante investigaciones en territorio, realiza pedidos de acceso a la información pública, mantiene entrevistas con actores claves y trabaja en articulación con organizaciones de la sociedad civil que se encuentran en los diferentes territorios.

Asimismo, desde 2021 Amnistía Internacional cuenta con un [formulario online de consulta, asesoramiento y denuncia](#) (en adelante el “formulario”) a través del cual mujeres y personas con capacidad de gestar de todo el país pueden reportar obstáculos en el acceso al aborto, solicitar información o realizar reclamos. Si bien los casos que la organización recibe a través del formulario no implican una muestra representativa de la situación de las mujeres y personas gestantes en el país, ante la ausencia de datos oficiales por parte del Estado nacional, permite ofrecer una aproximación de las experiencias de las mujeres en su acceso al aborto y el aumento de las barreras que enfrentan en este contexto.

El presente informe sistematiza los casos recibidos por Amnistía Internacional durante 2025.⁶ Con el fin de proteger la identidad de quienes

se contactaron con la organización, se utilizan nombres ficticios al narrar sus testimonios.

En paralelo, el informe incorpora los hallazgos de la misión realizada en la provincia de Salta en el mes de abril de 2026. En ella, se mantuvieron reuniones con las autoridades del Ministerio de Salud de Salta y del Hospital Provincial Materno Infantil (HPMI) y se entrevistó a profesionales de la salud del sector público y privado. También se llevaron adelante entrevistas a referentes de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, de la organización La Marea socorristas de Salta y de la Asamblea Translesbofeminista, así como integrantes del Observatorio de Violencia contra las Mujeres. Por último, se entrevistó a mujeres que se contactaron con Amnistía Internacional por medio del formulario web ante barreras en el acceso al aborto en dicha provincia.⁷

Finalmente, el análisis se robustece a partir de las respuestas a pedidos de acceso a la información pública enviados al Estado nacional y los informes de acceso a la salud sexual y reproductiva del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)⁸ y de la Provincia de Buenos Aires⁹ que cuentan con una política de rendición de cuentas en la materia.

No obstante, en mayo de 2026, el Estado nacional brindó una respuesta incompleta al pedido de información pública realizado por Amnistía

6. Del total de los casos recibidos por la organización en 2025, el 72% de las consultantes se contactaron con la organización entre la semana 1 y 14 de gestación del embarazo, mientras que el 16% se contactó con más de 14 semanas. Respecto del 10% de los casos recibidos no se cuenta con información sobre las semanas de gestación. En cuanto a la representación geográfica, a diferencia del diagnóstico previo, se recibieron casos de todas las provincias. Se advierte que el 48% vive en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires, donde se concentra la mayor proporción de la población del país. En el resto de las provincias, el número de casos recibidos fue variable siendo Córdoba y Salta las provincias que siguen con mayor cantidad de casos.

7. Agradecemos las reuniones y entrevistas celebradas con las autoridades del Ministerio de Salud de Salta, el Sr. ministro Dr. Federico Mangione, la Subsecretaria de Medicina Social Lic. María Gabriela Dorigato, el Dr. Javier Yapura y la Lic. en obstetricia Valeria Torres; al Director de Gestión Clínica Perinatólogica del Hospital Materno Infantil de Salta Dr. Héctor Carpio; a la Directora del Primer Nivel de Atención del Área Operativa Sur, Lic. Roxana Alemán, a la Red de Profesionales por el derecho a decidir. A la Dra. Tujuayliya Gea Zamora; a Bibiana Marton e integrantes de la organización La Marea Socorristas en Salta; a Sofía Fernández integrante de la Asamblea Translesbofeminista de Salta; las integrantes del Observatorio de Violencia contra las mujeres, y a la periodista Maira López que contribuyeron a la elaboración de este diagnóstico.

8. Ministerio de salud de la Ciudad de Buenos Aires, Coordinación de Salud Sexual, VIH, ITS y TBC, Infogestión IVE/ILE 1° semestre de 2025, 27 de noviembre de 2025.

9. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud, Informe epidemiológico aborto 2024.

Internacional. Esta falta de información evidencia la ausencia de una rectoría nacional efectiva en el monitoreo de la implementación de la política pública y la inexistencia de un sistema consolidado de producción, registro y publicación de datos. En consecuencia, no se encuen-

tra disponible información pública actualizada, completa y comparable sobre el acceso al aborto en la totalidad de las jurisdicciones ni a nivel nacional.



03



MAREA FUERTE
No importa la dirección del viento,
juntas lo conseguimos y lo seguimos defendiendo.

AMNISTÍA INTERNACIONAL

MODO: MAREA FUERTE
No importa la dirección del viento,
juntas lo conseguimos y lo seguimos defendiendo.

28 DE SEPTIEMBRE
Día por la Despenalización y
Legalización de la DROGA

AMNISTÍA INTERNACIONAL

MODO: MAREA FUERTE
No importa la dirección del viento,
juntas lo conseguimos y lo seguimos defendiendo.

28 DE SEPTIEMBRE
Día por la Despenalización y
Legalización de la DROGA

AMNISTÍA INTERNACIONAL

LA PROFUNDIZACIÓN DE LOS RETROCESOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Argentina ha sido históricamente reconocida como un referente regional y global en la lucha por el aborto legal. La Marea Verde marcó un punto de inflexión en la reivindicación de la autonomía reproductiva: miles de activistas inundaron las calles con pañuelos verdes y contribuyeron a transformar el debate público, instalando el acceso al aborto legal como una cuestión de salud, igualdad y derechos humanos.

Sin embargo, la legalización del aborto también trajo aparejada la reconfiguración y el fortalecimiento de sectores conservadores que comenzaron a articular su oposición bajo la retórica de la lucha contra la denominada “ideología de género”. Esa narrativa se incorporó a la llamada “batalla cultural” presentada como eje central de disputa política y discursiva.

Desde su asunción en 2023, el Gobierno nacional ha incorporado esa retórica a decisiones concretas de política pública debilitando áreas y programas vinculados con la igualdad de género y de acceso a la salud sexual y reproductiva. La discontinuidad de programas, el desfinanciamiento de políticas públicas, la falta de insumos esenciales, la desinformación y la estigmatización de quienes reclaman o garantizan derechos, configuran un escenario en el que se deterioran las condiciones materiales, institucionales y simbólicas necesarias para el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos.

En 2025 este proceso se profundizó. En el ámbito de la salud, el Gobierno nacional sostuvo la interrupción de compras y distribución de insumos esenciales para acceder al aborto y redujo de manera significativa la provisión de métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia, preservativos y test de embarazo. Asimismo, avanzó con el desmantelamiento del PLAN ENIA, una política pública interministerial que había logrado revertir una tendencia histórica de estancamiento en la fecundidad adolescente, reduciendo la tasa específica de fecundidad a menos de la mitad.¹⁰

Sin embargo, en 2026, el Plan ENIA quedó prácticamente desfinanciado, con una asignación presupuestaria equivalente a menos del 3% de lo invertido en 2023.¹¹ La magnitud de este recorte compromete especialmente la salud y los derechos de las niñas y adolescentes argentinas, a la vez que amenaza con profundizar desigualdades territoriales y las estructurales vinculadas con la deserción escolar, las oportunidades laborales futuras y la reproducción intergeneracional de la pobreza.

En el marco de esta reconfiguración, el Estado nacional ha buscado trasladar a las provincias la responsabilidad por la compra de insumos y el sostenimiento de políticas para acceso a la salud sexual y reproductiva, desconociendo sus obligaciones en materia de rectoría de la política pública y garantía de un piso mínimo de derechos en todo el territorio nacional.

10. Silvina Ramos ... [et al.]. Resumen Ejecutivo Plan ENIA 2017-2023: oportunidades de vida para adolescentes en la Argentina. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), 2025. Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4803> y <https://argentina.unfpa.org/es/publications/plan-enia-2017-2023-opportunidades-de-vida-para-adolescentes-en-la-argentina-resumen>.

11. ELA, ACIJ, Análisis de las partidas vinculadas a género en el Proyecto de Presupuesto 2026. Disponible en: <https://ela.org.ar/wp-content/uploads/2025/10/Analisis-de-las-partidas-vinculadas-a-genero-en-el-Proyecto-de-Presupuesto-2026.pdf>

El traslado de esta carga resulta especialmente grave en un país marcado por fuertes asimetrías jurisdiccionales: **las provincias ya financian más del 75% de la inversión pública en salud y, según UNICEF, la inversión anual por niña, niño o adolescente puede variar hasta siete veces según la provincia en la que viva.**¹² En ese contexto, la retracción del Estado nacional no solo debilita la política pública, sino que profundiza desigualdades territoriales preexistentes y condiciona el ejercicio de derechos básicos al lugar de residencia.

El retroceso también se expresó en el ámbito educativo. El Ministerio de Educación fue desjerarquizado y se dismanteló el programa nacional de Educación Sexual Integral (PNEI). Se paralizaron las formaciones docentes en ESI del Instituto Nacional de Formación Docente; se eliminó por decreto la responsabilidad del Estado nacional de garantizar una jornada anual de prevención de la violencia de género; se eliminaron las partidas presupuestarias específicas destinadas al fortalecimiento del programa nacional de ESI del presupuesto nacional 2025; y el Presupuesto 2026 prevé apenas el 2% de lo ejecutado en 2023.¹³

Paralelamente, se intensificaron discursos estigmatizantes desde las más altas autoridades del Estado. En el Foro Económico de Davos 2024, el presidente Javier Milei calificó al aborto como una “agenda sangrienta”.¹⁴ En 2025, esa línea discursiva se profundizó al asociar el aborto legal con la caída de la natalidad en Argentina¹⁵, pese a que los datos disponibles muestran que se trata de una tendencia previa a la sanción de la Ley 27.610¹⁶ y de carácter multicausal. Estas narra-

tivas buscan reinstalar el estigma sobre el aborto y responsabilizar a los feminismos y al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por transformaciones demográficas complejas, a la par de generar incertidumbre respecto a las condiciones para el acceso a derechos.

Sin embargo, estos discursos no han logrado permear en la sociedad. Un estudio de opinión realizado por Amnistía Internacional en septiembre de 2025 da cuenta de que 7 de cada 10 personas están en desacuerdo con que exista alguna vinculación entre la baja de la fecundidad y el derecho al aborto legal. Esta percepción se funda en la comprensión de que se trata de una problemática multicausal, extendida mundialmente y, además, preexistente a la legalización del aborto en Argentina.

Sumado a ello, en espacios multilaterales representantes del Estado argentino han asumido posiciones regresivas frente al derecho al aborto y la igualdad de género, e incluso han intentado bloquear consensos entre los Estados, abandonando su histórico rol de liderazgo en la promoción de los derechos de las mujeres y diversidades.¹⁷

En este escenario, el retroceso en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos no puede ser analizado de manera aislada ni como una dimensión presupuestaria. **Se trata de un proceso más amplio de reconfiguración del rol del Estado, debilitamiento de políticas públicas esenciales y disputa discursiva contra los avances en materia de igualdad de género, autonomía reproductiva y derechos humanos.**

12. UNICEF. Análisis de Situación de la Niñez y Adolescencia en Argentina 2025. Primera edición, julio 2025. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/media/27206/file/Resumen%20ejecutivo%20UNICEF%2015_12.pdf.pdf

13. ACIJ, ELA, Presupuesto sin perspectiva de género: Consolidación de un ajuste que profundiza las desigualdades. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2025. Disponible en: <https://ela.org.ar/wp-content/uploads/2026/02/Presupuesto-sin-perspectiva-de-genero.pdf>

14. Foro Económico Mundial, Discurso del presidente de Argentina, Javier Milei, Davos, 17 de enero de 2024 y Palabras del presidente de la Nación, Javier Milei, en la apertura del ciclo lectivo en el Instituto Cardenal Copello, CABA, 6 de Marzo de 2024, Disponible en: <https://www.casarosada.gob.ar/informacion/discursos/50386-palabras-del-presidente-de-la-nacion-javier-milei-en-la-apertura-del-ciclo-lectivo-en-el-instituto-cardenal-copello-caba>.

15. Foro Económico Mundial, Discurso del presidente de Argentina, Javier Milei, Davos, 23 de enero de 2025.

16. UNFPA, 8.000 millones de vidas, infinitas posibilidades. Argumentos a favor de los derechos y las libertades, 2023. Disponible en: [SWOP2023-SPANISH-230403-web.pdf](https://www.unfpa.org/es/news/limitaciones-econ%C3%B3micas-desigualdades-y-dificultades-para-encontrar-pareja-adecuada-las); UNFPA, Limitaciones económicas, desigualdades y dificultades para encontrar pareja adecuada: las razones que llevan a tener menos hijos en Argentina, 2025. Disponible en: <https://argentina.unfpa.org/es/news/limitaciones-econ%C3%B3micas-desigualdades-y-dificultades-para-encontrar-pareja-adecuada-las> y Proyecto Mirar, Más allá del pánico: qué explica realmente la baja de la natalidad, 2025. Disponible en: <https://proyectomirar.org.ar/noticias/mas-alla-del-panico-que-explica-realmente-la-baja-de-la-natalidad/>

17. Amnistía Internacional, Pese a los intentos de Argentina por romper los consensos internacionales, la ONU reafirma los compromisos en igualdad de género, 14 de marzo 2025. Disponible en: <https://amnistia.org.ar/noticias/pese-a-los-intentos-de-argentina-por-romper-los-consensos-internacionales-la-onu-reafirma-los-compromisos-en-igualdad-de-genero>; Amnistía Internacional, Preocupación internacional por el retroceso en derechos de las mujeres y diversidades en Argentina, 10 de febrero de 2026. Disponible en: <https://amnistia.org.ar/noticias/preocupacion-internacional-por-el-retroceso-en-derechos-de-mujeres-y-diversidades-en-la-argentina>.

04



Vivas en la provincia que vivas
EL ABORTO ES TU DERECHO



EL IMPACTO DEL RETIRO DEL ESTADO NACIONAL COMO GARANTE DEL DERECHO A LA SALUD

Este apartado analiza los efectos concretos de la falta de insumos esenciales, el debilitamiento de las capacidades de los sistemas de salud provinciales, el aumento de barreras económicas y las demoras en la atención impactan de manera desigual sobre mujeres, niñas, adolescentes y personas con capacidad de gestar, especialmente en jurisdicciones con menos recursos.

La provincia de Salta se analiza como caso ilustrativo de las consecuencias que la retracción de la rectoría nacional puede generar sobre los sistemas locales de salud y sobre las trayectorias concretas de quienes buscan acceder a sus derechos sexuales y reproductivos.

4.1. Falta de insumos esenciales y debilitamiento de la respuesta sanitaria

Desde la asunción del actual gobierno se ha interrumpido la compra y distribución de insumos necesarios para garantizar el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, lo que constituye un grave retroceso en materia de salud sexual y reproductiva. Los efectos de esta decisión se reflejan a nivel territorial: más de la

mitad de las provincias informó carecer de stock de misoprostol y casi la totalidad reportó desabastecimiento de mifepristona y combipack.¹⁸

En respuesta oficial, la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSyR) reconoció haber recibido, desde diciembre de 2023, solicitudes de distintas jurisdicciones vinculadas con la programación de entregas, el estado de las compras nacionales y la disponibilidad de insumos esenciales para acceder al aborto. Al menos 8 provincias consultaron específicamente por misoprostol y/o mifepristona: Corrientes, La Rioja, Mendoza, Salta, San Juan, San Luis, Santa Fe y Tucumán.¹⁹

En este marco, a principios de 2025, luego de una dilación indebida de más de un año la DNSSyR formalizó su decisión de no avanzar con la compra iniciada en 2023 por la gestión anterior, que preveía la adquisición de 499.200 comprimidos de misoprostol y 96.000 comprimidos de mifepristona, para sostener la provisión nacional de insumos. Según surge del expediente oficial al que Amnistía Internacional accedió mediante pedido formal, la Dirección informó que “se ha tomado la decisión de no proceder con la adquisición de dichos medicamentos”.

18. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Respuesta a pedido de acceso a la información pública realizado por Amnistía Internacional Argentina y ELA, 11 de febrero de 2025. Disponible en: <https://amnistia.org.ar/storage/uploads/876bd6a6-31ef-4a65-9b15-eb21b6b6f5e6/Pedido-y-respuesta-sobre-salud-sexual-y-reproductiva.pdf>

19. Respuesta a pedido de acceso a la información pública realizado por Amnistía Internacional Argentina y ELA, 11 de febrero de 2025. Citado previamente.



Sin brindar una motivación suficiente, sostuvo que la provisión de insumos sería una responsabilidad primaria de cada efector de salud, bajo una interpretación que desconoce las obligaciones del Estado nacional en materia de rectoría sanitaria.

Asimismo, se observa que entre 2023 y 2025 el Estado nacional redujo en un 83% la compra y distribución de métodos anticonceptivos, anticonceptivos hormonales de emergencia y preservativos.²⁰ Esta disminución resulta especialmente alarmante si se considera que, en 2025, no se registra distribución alguna de preservativos por parte del Estado nacional, en un contexto de aumento de las infecciones de transmisión sexual, en particular de la sífilis.²¹ Ello resulta especialmente alarmante en un contexto en el que la sífilis alcanzó la mayor cantidad de casos registrados en la historia —46.779 casos—.²²

Esta decisión fue reafirmada en el ámbito del Consejo Federal de Salud (COFESA), donde el Ministerio de Salud de la Nación informó un cambio de paradigma en el que *las provincias deben asumir mayores responsabilidades y autonomía en la compra de medicamentos y en la gestión de programas de salud*.²³ En un contexto de profundas asimetrías jurisdiccionales, este desplazamiento de responsabilidades compromete la garantía de acceso a derechos y agrava las desigualdades preexistentes.

Frente a la interrupción en la compra y distribución de insumos esenciales, Amnistía Internacional, junto con otras organizaciones de la sociedad civil, acompañó una acción judicial preventiva de daño colectivo iniciada en la ciudad de La Plata por la Asociación Civil “La Ciega” contra el Ministerio de Salud de la Nación. La demanda tiene por objeto que el Estado nacional cumpla con su rol de garante del derecho a la salud y adopte de manera urgente las medidas administrativas necesarias para asegurar la adquisición y provisión de misoprostol y mifepristona.

En tanto se trata de un proceso colectivo, el Juzgado Federal N° 2 de La Plata ordenó la adopción de medidas de publicidad orientadas a garantizar la adecuada notificación de todas las personas potencialmente afectadas, a fin de que puedan presentarse en el expediente y ejercer sus derechos. Actualmente, el proceso continúa en trámite y Amnistía Internacional, junto con las demás organizaciones, fueron admitidas en carácter de terceras interesadas.

20. Ministerio de Salud de Nación, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Respuesta a pedido de acceso a la información pública realizado por Amnistía Internacional y ELA, 28 de mayo de 2024. Disponible en: <https://amnistia.org.ar/storage/uploads/1e302aaa-345e-4fd4-a2c3-0e8b8b6b164c/Amnist%C3%ADa-Internacional-y-ELA-pedido-de-acceso-a-la-informaci%C3%B3n-sobre-insumos-abril.pdf> y Ministerio de Salud de Nación, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Respuesta a pedido de acceso a la información pública realizado por Amnistía Internacional, 13 de mayo de 2026.

21. Subsecretaría de Presupuesto – Oficina Nacional de Presupuesto, Ejecución físico-financiera. 2do trimestres 2025, pg.85. https://www.economia.gob.ar/onp/documentos/fisica_presupuesto/2025/2dotrim25.pdf

22. Ministerio de Salud de Nación, Dirección de Epidemiología, Boletín Epidemiológico Nacional, N°803, 13 de abril de 2026. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ben_803_se_13_vf.pdf

23. Reunión ordinaria del Consejo Federal de Salud (COFESA), Acta N°3/2024, reunión celebrada el 21 de octubre de 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/acta_cofesa_n3.pdf

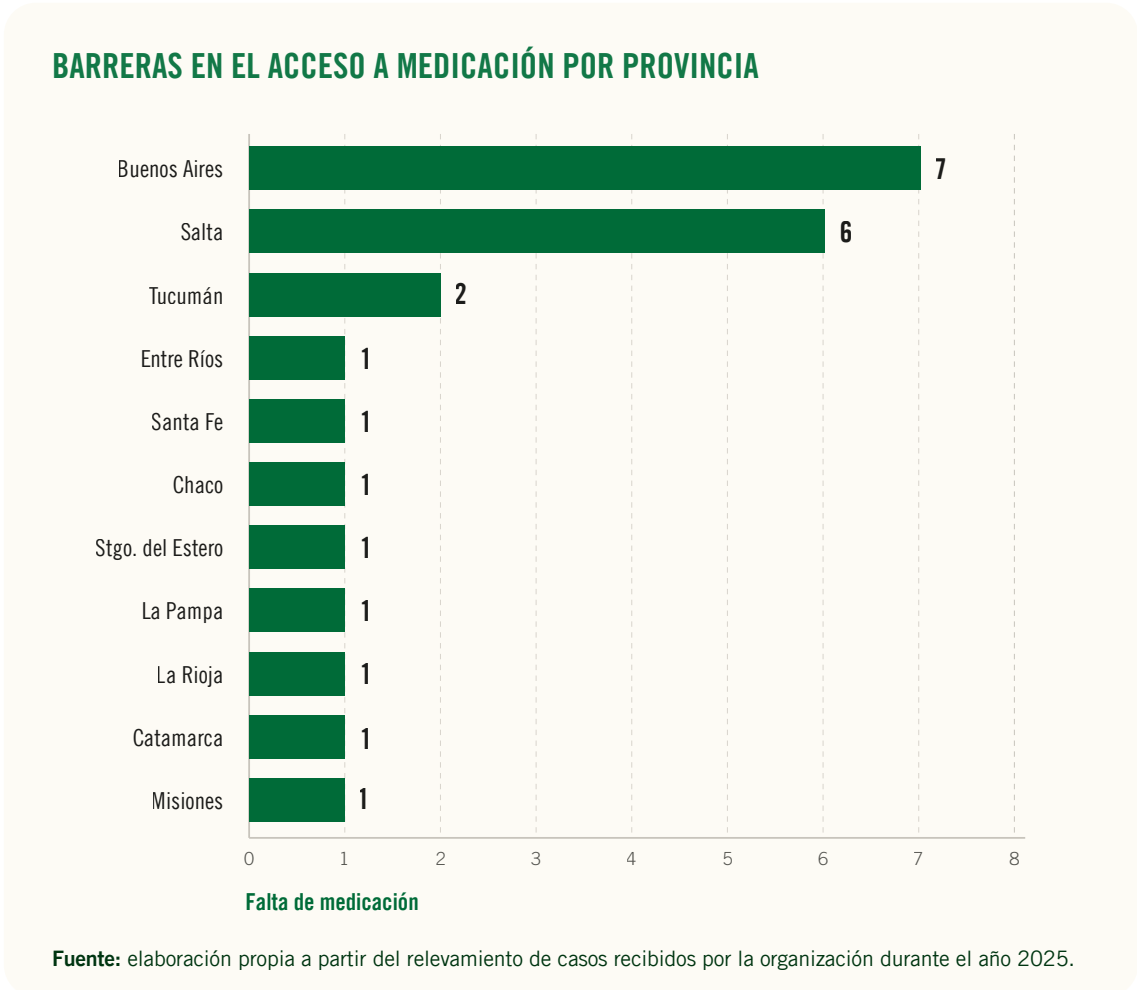
4.1.1. Endeudarse para acceder a un derecho

Durante 2025, Amnistía Internacional recibió a través de su formulario web reportes de mujeres y personas gestantes de distintas provincias del país que enfrentaron barreras para acceder al aborto como consecuencia de la falta de medicación disponible en el sistema de salud. Si bien Salta concentra una parte significativa de los casos relevados por la organización, situaciones similares también fueron registradas en provincias como Buenos Aires, Tucumán, Entre Ríos, Santa Fe, Chaco, Santiago del Estero, La Pampa, La Rioja, Catamarca y Misiones. Ello permite advertir que la falta de medicación es una problemática con alcance federal. En efecto, la línea 0800 de salud sexual de Nación registró 191 secuencias por falta de medicación en 2025, representando la provincia de Salta el 46,1% de los casos.²⁴

En la mayoría de los casos, las personas que solicitaron el acceso a la práctica fueron informadas de la falta de medicación disponible en los centros de salud y que debían afrontar su elevado costo por cuenta propia. Se reiteran los testimonios que señalan que el personal de salud atribuyó esta situación a la discontinuación del envío de misoprostol y/o mifepristona por parte del Ministerio de Salud de la Nación.

Esto configura una barrera material especialmente grave para quienes enfrentan mayores condiciones de vulnerabilidad:

Paula tiene 31 años y es de la provincia de Tucumán. Madre de siete hijos, decidió interrumpir su embarazo frente a la imposibilidad de sostener económicamente otro hijo. Sin embargo, al solicitar la práctica, no pudo acceder debido al alto costo de la medicación que le indicaron debía adquirir por sus propios medios. En sus palabras:



24. Ministerio de Salud de Nación, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Respuesta a pedido de acceso a la información pública realizado por Amnistía Internacional, 13 de mayo de 2026.

“Me dijo que las pastillas salen \$170.000. Pero yo no puedo. Tengo siete hijos. No me da la situación ni económica ni físicamente para tener otro hijo. No sé de dónde sacar esa plata”, relató Paula a Amnistía Internacional.

Los testimonios relevados muestran que los montos exigidos varían según la jurisdicción, el tipo de medicación y el circuito de acceso, pero en todos los casos implican sumas significativas para quienes recurren al sistema público de salud. En algunos reportes, el costo informado por un tratamiento de misoprostol y mifepristona alcanzó hasta \$300.000.

En otros casos, ante la urgencia de encontrar soluciones, teniendo en cuenta que se trata de un procedimiento sensible al paso del tiempo, las mujeres y personas gestantes han incluso contemplado **opciones de endeudamiento** para acceder a la medicación o **se han efectivamente endeudado**.

Tal es el caso de **Susana**, de la provincia de Córdoba. Cursando un embarazo de siete semanas, se comunicó con Amnistía Internacional para denunciar que en su localidad le informaron que no había medicación disponible y que debía adquirirla por sus propios medios. Frente a la falta de respuesta del sistema de salud, y ante la urgencia de acceder a la práctica, evaluó tomar un crédito para comprar las pastillas. En sus palabras:

“En mi distrito me dicen que no hay medicación. El médico quedó en contactarme para avisarme cuando haya y así viajar a la ciudad a buscarlas. Soy de un pueblo chico y no deseo recorrerme todas las farmacias. Si es necesario, puedo sacar un crédito personal y comprarlas.”

El caso de **Sol**, de 23 años, de la provincia de Salta, ilustra con claridad el traslado de los costos a las personas usuarias. Con un embarazo de 10 semanas y ante la falta de una respuesta oportuna del sistema de salud, decidió adquirir la medicación por su cuenta mediante una compra particular. Para ello, debió endeudarse con

una amiga por \$112.000. Recién dos días después de realizada la interrupción, fue contactada para retirar la medicación en el Hospital Materno Infantil de la provincia.

Durante ese proceso, Sol relató a Amnistía Internacional cómo la falta de acompañamiento e información, sumadas a la necesidad de asumir el elevado costo de la medicación y las demoras en el sistema de salud, transformaron el acceso a la prestación en una experiencia de obstaculización y angustia.

“Me da un poco de bronca y tristeza porque realmente lo tuve que solucionar yo porque tenía miedo y estuve esperando 28 días. Me estaba sintiendo mal por los cambios físicos. Fue en realidad una situación muy difícil.”

“Es muy triste ver cómo no hay acompañamiento ni información (...) encima tenés que comprar vos tu medicación y sino tenés la plata, te jodés. Si es un derecho, ¿por qué no se cumple?”, señaló Sol.

La Ley 27.610 reconoce la gratuidad de la prestación y establece que se debe garantizar, tanto en el sistema público como en el privado y de la seguridad social, el acceso sin costo a los medicamentos esenciales y procedimientos necesarios para la interrupción del embarazo, incluidos misoprostol, mifepristona y AMEU, así como las prácticas complementarias, como análisis de sangre y ecografías, y la atención postaborto.

En los hechos, el acceso vuelve a quedar condicionado por la capacidad de pago: quienes cuentan con recursos pueden comprar medicación, recurrir a atención privada o trasladarse; quienes no, enfrentan mayores demoras, riesgos y obstáculos. Esto profundiza las brechas socioeconómicas y expone especialmente a las personas en situación de vulnerabilidad a métodos inseguros o a la continuidad forzada de embarazos no deseados.



4.1.2. Erosión de las capacidades institucionales

Durante más de dos décadas, el Ministerio de Salud de Nación ha desempeñado un rol central de rectoría en materia de salud sexual y reproductiva, orientado a garantizar el acceso igualitario a servicios e insumos en todo el territorio del país. Este rol se consolidó a partir de la sanción de la Ley 25.673 en el año 2002, que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y se vio reforzado por la Ley 27.610, que reconoce el derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y establece la cobertura integral de estas prestaciones en todos los subsistemas de salud. En este marco, el Estado nacional asumió la responsabilidad de planificar, financiar y coordinar políticas públicas destinadas a asegurar condiciones mínimas de acceso, especialmente en un país atravesado por profundas desigualdades territoriales.²⁵

La rectoría de la política pública sanitaria por parte del Estado nacional es esencial para evitar que las asimetrías presupuestarias, institucionales y territoriales entre jurisdicciones se traduzcan en desigualdades en el acceso

efectivo a estos servicios. Si bien las provincias tienen responsabilidades concurrentes en la implementación de estas políticas —adaptando estrategias a sus realidades locales y ampliando coberturas—, existen funciones indelegables que permanecen bajo la órbita nacional, entre ellas la provisión equitativa de insumos esenciales con el objetivo de asegurar condiciones mínimas de acceso en todo el país.

Por tanto, el desfinanciamiento y la discontinuidad de programas estratégicos, junto con la retracción en la provisión de insumos esenciales, están erosionando los mecanismos que históricamente permitieron sostener una política sanitaria federal coordinada. En este escenario, si bien las provincias han intentado compensar este retraimiento mediante compras propias de insumos, algunas de ellas reconocieron que estas medidas resultan insuficientes para garantizar una provisión regular y equitativa en todo el territorio.

A ello se suma la pérdida de ventajas asociadas al sistema de compras centralizadas y distribución federal construido durante años —particularmente a través del Programa REMEDIAR—.

²⁵. Estas obligaciones se encuentran además respaldadas por los estándares internacionales de derechos humanos, que imponen a los Estados el deber de garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto implica asegurar la existencia de una red suficiente de profesionales garantes, la provisión de insumos esenciales, la accesibilidad física y económica de los servicios, la disponibilidad de información adecuada, así como una atención de calidad y brindada por personal especializado (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2 de mayo de 2016. E/C.12/GC/22).

Este esquema permitía reducir costos mediante compras a escala, planificar la provisión de insumos y garantizar el abastecimiento incluso en zonas alejadas o de difícil acceso.

De este modo, **el retiro del Estado nacional de políticas públicas clave en salud está trasladando mayores responsabilidades a las provincias, sin financiamiento, planificación ni asistencia técnica adecuada, con efectos directos en la capacidad de respuesta del sistema de salud y, por tanto, en el acceso efectivo a derechos.**

4.1.3. Salta como caso testigo de los efectos territoriales de la regresividad en el acceso a la salud sexual y reproductiva

Durante 2025, Amnistía Internacional recibió denuncias por barreras en el acceso al aborto por falta de medicación de distintas jurisdicciones del país. **Sin embargo, Salta se destacó por la persistencia de los reportes y por la reiteración de un mismo patrón:** mujeres y personas gestantes que acudían al sistema público de salud eran informadas de que no había medicación disponible y de que debían adquirirla por sus propios medios, pese a su elevado costo.

Frente a este escenario, en abril de 2026, Amnistía Internacional viajó a la provincia con el objetivo de **relevar el impacto que el retiro del Estado nacional está generando sobre el acceso a la salud sexual y reproductiva en las provincias.** La visita permitió actualizar el diagnóstico que la organización elaboró en 2022²⁶ y documentar nuevas barreras en el acceso a la salud sexual y reproductiva.

Parte de estas dificultades ya habían sido advertidas por la organización en su diagnóstico previo, cuando se relevaron problemas vinculados con la concentración de la atención en pocos efectores²⁷, las demoras en el acceso y la baja disponibilidad de profesionales garantés en distintas zonas operativas sanitarias. Sin

embargo, los hallazgos relevados durante la misión de 2026 muestran un agravamiento de ese escenario. La discontinuidad en la provisión de insumos esenciales y el debilitamiento de la rectoría sanitaria nacional no solo profundizaron los obstáculos estructurales preexistentes, sino que comenzaron a erosionar la capacidad operativa del sistema de salud provincial.

La falta de insumos esenciales produce la saturación del sistema de salud

Uno de los principales problemas identificados durante el relevamiento territorial fue la profunda escasez de disponibilidad de misoprostol y mifepristona y métodos anticonceptivos y preservativos en efectores públicos de salud del primer nivel de atención.²⁸ Si bien las autoridades provinciales señalaron que intentan compensar el retraimiento del Estado nacional mediante compras propias de insumos, reconocieron que esas medidas resultan insuficientes para garantizar una provisión estable y equitativa en todo el territorio provincial.

En una provincia que ya presentaba dificultades estructurales para garantizar el acceso a la interrupción del embarazo, la falta de medicación hizo que los centros de atención de primer nivel fueran perdiendo capacidad resolutoria y la atención comenzara a concentrarse crecientemente en hospitales de segundo y tercer nivel.

Esta dinámica impide descentralizar una práctica de baja complejidad que, en muchos casos, puede resolverse de manera ambulatoria en el primer nivel de atención. Como consecuencia, aumenta la presión sobre los efectores de alta complejidad, se satura el sistema de salud y se profundiza las barreras para quienes viven fuera de los principales centros urbanos. En una provincia atravesada por fuertes desigualdades territoriales y extensas distancias, acceder a la práctica puede implicar traslados, pérdida de días de trabajo, gastos de transporte y reiteradas consultas para obtener turnos, recetas o derivaciones.

26. Amnistía Internacional, Implementación de la ley IVE en Salta. Avances y desafíos, 2022. Disponible en: <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2022/09/Informe-Salta-v6.pdf>

27. El sistema de salud de Salta está organizado en cuatro regiones sanitarias (Centro, Norte, Oeste y Sur) con sus correspondientes áreas operativas. Cada área dispone de un servicio de salud cabecera de complejidad, al que se suman Centros de Salud, Puestos Sanitarios y Puestos Fijos del primer nivel. Según respuesta proporcionada por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en 2024 se registraron 38 efectores que garantizan la práctica en la provincia.

28. De acuerdo con los testimonios relevados, solo quedarían 300 implantes subdérmicos para todo el año y únicamente para la capital, aunque se estarían llevando adelante negociaciones para una nueva adquisición.

Las entrevistas realizadas durante la misión describen un sistema de salud con equipos muy comprometidos pero reducidos, con sobrecarga laboral y dificultades para sostener la atención frente al incremento de la demanda.

A ello se suma el desgaste de los equipos de salud garantes, quienes se describieron expuestos a situaciones de tensión, angustia y frustración cada vez que deben informar a las pacientes que la medicación no está disponible. En este contexto, testimonios relevados señalaron que cada vez menos profesionales de la salud están dispuestos a sostener el acceso a este derecho, profundizando así la situación de los equipos existentes.

La concentración de la atención impacta especialmente sobre el Hospital Público Materno Infantil (HPMI) de la capital provincial, que absorbe gran parte de las interrupciones del embarazo en Salta, además de los casos que requieren internación. Los testimonios relevados durante la misión dan cuenta de un colapso en la atención, con demoras que superan ampliamente el plazo legal de diez días previsto para garantizar la práctica.

Además, las entrevistas realizadas dan cuenta de la imposibilidad de realización de abortos quirúrgicos mediante AMEU por fuera del HPMI, incluso en el subsector privado, pese que el Ministerio de salud provincial había informado la capacitación de 24 profesionales para ampliar su implementación en distintas regiones sanitarias. Según lo informado durante la visita, esa práctica continúa sin desarrollarse por limitaciones de infraestructura, lo que restringe alternativas para una atención oportuna y descentralizada, especialmente para quienes viven fuera de la capital provincial.

Demoras evitables que fuerzan a las personas a abortar en etapas más avanzadas

La organización relevó testimonios de mujeres que evidencian demoras evitables. Pese a haber realizado consultas con embarazos de pocas semanas terminaron accediendo a la interrupción varias semanas después por no poder comprar la medicación o, incluso pudiendo adquirirla por sus propios medios, ante la falta de turnos y respuestas oportunas por parte del sistema de salud.

Viviana, de la ciudad de Salta, relató a Amnistía Internacional que inició la búsqueda de atención en agosto cuando cursaba un embarazo de 7 semanas y terminó accediendo a la práctica más de un mes después, con un embarazo en un estado mucho más avanzado:

“Yo solo necesitaba una receta. Pasaban las semanas y nadie me atendía. Llamaba y no respondían, o me daban turnos que después no existían. Empecé este proceso con 7 semanas y ahora ya estoy de 13. Siento que me dejaron sola”, relató a Amnistía Internacional.

Estos recorridos muestran cómo el deterioro de las capacidades del sistema de salud impacta en la pérdida de las condiciones materiales necesarias para garantizar un acceso oportuno al aborto.

Estrategias comunitarias para sostener el acceso

Los testimonios relevados durante la misión muestran que, frente al debilitamiento de la capacidad de respuesta estatal, organizaciones feministas, redes de acompañamiento y profesionales comenzaron a asumir crecientemente tareas de orientación, articulación y derivación para sostener el acceso a la práctica.

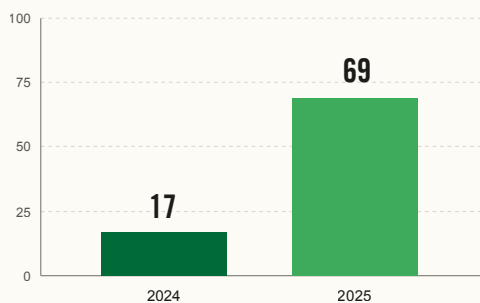
Estos dispositivos permitieron, en algunos casos, sostener el acceso. Sin embargo, también reflejan un proceso de precarización de la garantía del derecho al aborto, que pasa a depender de redes personales, voluntades individuales y formas de organización comunitaria insuficientes para reemplazar una política pública sostenida.

4.2. Niñas, adolescentes y jóvenes: un acceso desigual

Las niñas, adolescentes y jóvenes se han convertido en uno de los grupos más afectados por el deterioro en el acceso a la salud sexual y reproductiva. **En 2025, Amnistía Internacional registró 69 consultas de personas entre 14 y 19**

años, lo que representa un aumento del 306% respecto de los casos recibidos en el año anterior en términos absolutos y el 17% del total de casos recibidos en 2025 a través del formulario web de la organización. Este crecimiento no solo da cuenta de una mayor demanda, sino que evidencia un agravamiento de las barreras estructurales que afectan especialmente a este grupo en situación de vulnerabilidad, en un contexto de debilitamiento del sistema de salud.

CONSULTAS DE PERSONAS ENTRE 14 Y 19 AÑOS REGISTRADAS



Fuente: elaboración propia a partir del relevamiento de casos recibidos por la organización durante el año 2025

Del total de casos relevados en este grupo, las jóvenes de entre 18 y 19 años concentran el 70% de las consultas, aunque también se registraron situaciones de especial gravedad en edades más tempranas, incluyendo tres casos de niñas de 14 años y nueve de 17.

En este contexto, el debilitamiento o desarticulación de políticas públicas específicas orientadas a adolescentes y jóvenes adquiere una especial gravedad. La desigualdad en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos entre las niñas y adolescentes en Argentina no es homogénea, sino que se manifiesta con especial diferencia en determinados territorios y contextos. Así, las tasas de fecundidad (TEFA) en niñas menores de 15 años muestran marcadas **brechas**: mien-

tras el promedio nacional en 2024 es de 0,5 por mil, provincias del noreste como Formosa (1,7 por mil), Misiones (1,2) y Chaco (1,0) presentan valores bastante más elevados. En cambio, provincias como Santa Cruz y Tierra del Fuego no registraron nacimientos en ese grupo etario durante 2024.²⁹

Estas desigualdades no solo reflejan barreras diferenciales de acceso, sino que tienen consecuencias profundas en la vida de las niñas y adolescentes. La continuidad forzada del embarazo puede implicar la interrupción de la trayectoria educativa, limitar las oportunidades de inserción laboral futura y afectar de manera estructural su autonomía, su vida social y su proyecto de vida.

En este escenario, políticas públicas como el PLAN ENIA, que incluye entre sus líneas prioritarias, asesorías en salud sexual y reproductiva en escuelas y centros de salud, ha demostrado ser clave para garantizar el acceso a información confiable, oportuna y accesible, así como para construir espacios de escucha y acompañamientos respetuosos de la autonomía de las niñas y jóvenes.³⁰ Estos dispositivos permiten acercar el sistema de salud a quienes enfrentan mayores barreras, facilitar el acceso temprano a servicios y detectar situaciones de violencia y vulnerabilidad.

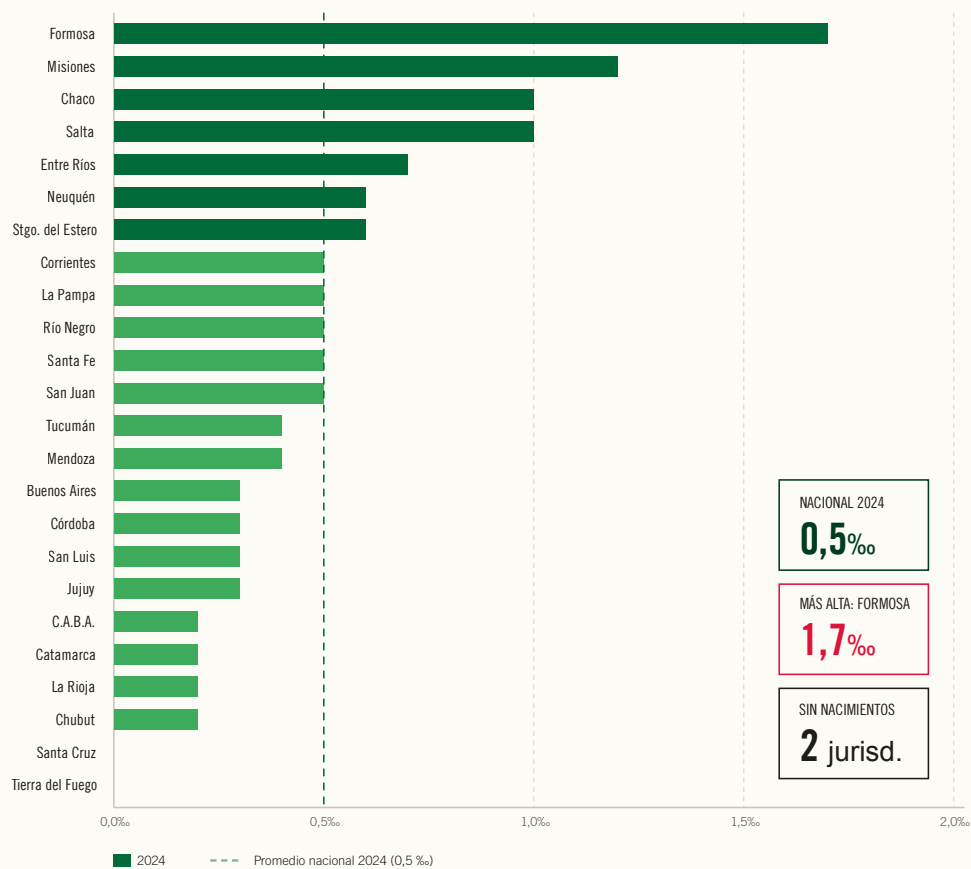
Su discontinuidad, en un contexto ya marcado por la falta de información, desarticulación institucional y el desabastecimiento de insumos, no solo profundiza las dificultades de acceso, sino que consolida un escenario de mayor desigualdad.

Los casos relevados por la organización permiten observar cómo estas barreras impactan de manera concreta en niñas, adolescentes y jóvenes. **La falta de información clara y accesible aparece como una de las principales dificultades: el 80% de las adolescentes que se contactaron con Amnistía Internacional no sabe cómo ni dónde acceder a una interrupción del embarazo.** En muchos casos, la línea 0800 de salud sexual y reproductiva —que en muchas provincias continúa siendo el único canal disponible para

29. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas Vitales Información Básica. Argentina. Serie 5 Número 68 Buenos Aires, enero de 2026. Nota metodológica importante: los denominadores utilizados para el cálculo de las tasas corresponden a proyecciones de población femenina por grupo quinquenal (10-14 y 15-19) elaboradas por el INDEC.

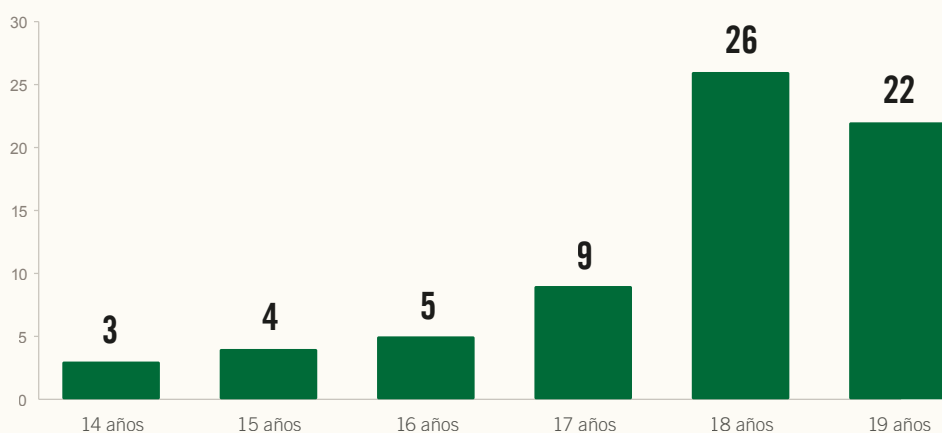
30. Amnistía Internacional, Hoja informativa: el embarazo no internacional en la adolescencia – apuntes sobre los resultados positivos del PLAN ENIA, 2024. Disponible en: https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2024/09/AMNISTIA_PlanEnia-VF.pdf

TASAS DE FECUNDIDAD (TEFA) EN NIÑAS MENORES DE 15 AÑOS



Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Informe de Estadísticas Vitales. Serie 5 Número 68, elaborado por el Ministerio de Salud de Nación, enero de 2026. Nota metodológica: los denominadores utilizados para el cálculo de las tasas corresponden a proyecciones de población femenina por grupo quinquenal (10-14 y 15-19) elaboradas por el INDEC. Si el anuario incluye en otra tabla las tasas ya calculadas oficialmente, esos valores serían más precisos y deberían priorizarse sobre estos.

CASOS POR EDAD



Fuente: elaboración propia a partir del relevamiento de casos recibidos por la organización durante el año 2025

acceder a información — se convierte en una barrera adicional, ya sea por falta de respuesta, demoras o por la provisión de información imprecisa, generando derivaciones innecesarias y mayores demoras.

Así lo expresa **Luana**, de 18 años y de la provincia de Misiones, que cursaba un embarazo de 10 semanas:

“Llamé a la línea 0800 y fui al hospital que me indicaron. Pero cuando llegué, me dijeron que tenía que ir a otro hospital. Nadie me explica nada ni me acompaña en este proceso”.

La falta de información y orientación oportuna tiene consecuencias concretas sobre el acceso al aborto. Al tratarse de una prestación altamente sensible al tiempo, las demoras en el acceso a canales de orientación, turnos o derivaciones se traducen en consultas en semanas más avanzadas de gestación. En efecto, el 20% de los casos relevados en este grupo correspondía a embarazos de 15 semanas o más al momento de la primera consulta, muchas veces como consecuencia directa de no haber podido acceder de manera oportuna a información.

A ello se suma una dimensión especialmente preocupante en los casos de niñas más jóvenes. **Entre las adolescentes de 14 y 15 años se observan situaciones de extrema vulnerabilidad, atravesadas por el miedo, la soledad y la ausencia de redes de apoyo. En muchos casos, el embarazo se produce en contextos de abuso intrafamiliar o violencia, lo que agrava aún más las dificultades para acceder a información y servicios de salud.**

Paula tiene 15 años y es de Jujuy. Se contactó con la organización cursando un embarazo de 8 semanas sin saber bien qué hacer o a donde recurrir al encontrarse transitando el acceso sola:

“Estoy embarazada y necesito abortar. Mis padres no saben nada sobre el asunto, no sé qué hacer, a dónde ir o qué pastillas tomar”, señaló Paula.

También **Florencia**, de 14 años y de la provincia de Buenos Aires, se contactó con Amnistía para obtener información y acompañamiento en su acceso. En sus palabras, se refleja la angustia que muchas adolescentes atraviesan en estas situaciones por el miedo a ser cuestionadas o juzgadas.

“Quiero interrumpir el embarazo porque soy muy chica todavía y además mi mamá no lo va a aceptar”, expresó.

Y **Sofía**, también de 14 años, de la provincia de Chaco. Su relato evidencia la profunda soledad en la que atraviesan estos procesos muchas niñas, especialmente cuando se encuentran atravesados por contextos de violencia y abuso intrafamiliar, ámbito donde se concentra alrededor del 80% de los casos de abuso sexual contra las infancias³¹:

“Me quedé embarazada y no cuento con el apoyo de nadie, estoy sola en esto porque el progenitor es un abusador”, relató Sofía a la organización.

En estos casos, la ausencia de dispositivos de acompañamiento adecuados y de canales accesibles y oportunos de información no solo obstaculiza el acceso a un derecho, sino que expone a niñas y adolescentes a situaciones de mayor riesgo y vulneración.

Por otra parte, los testimonios también evidencian prácticas institucionales contrarias al marco normativo vigente, que van desde **malos tratos hasta intentos de disuadir o modificar la decisión de las jóvenes**. Estas situaciones pueden generar en muchos casos un efecto expulsivo del sistema de salud, profundizando las barreras de acceso.

Tal fue el caso de **Macarena** de 19 años y de la provincia de Misiones, quien se contactó con la organización tras haber recibido respuestas despectivas y disuasivas por parte del personal de salud, lo que la llevó a abandonar la búsqueda de atención. Su testimonio pone de relieve

31. Argentina, Séptimo informe periódico presentando ante el Comité de los Derechos del Niño por el Estado argentino en virtud del artículo 44 de la Convención, 7 diciembre de 2023, CRC/C/ARG/7.



la angustia y las consecuencias para la vida y salud física y mental que la negativa del sistema de salud puede tener en las mujeres y personas gestantes, en especial para las más jóvenes:

“Las veces que fui al médico, muchos se reían. Eso me hizo sentir sin ganas de ir al médico y no fui más (...) Le dije que no quería tenerlo y la doctora me dijo que ya no había nada más que hacer. Prefiero matarme a tenerlo”, expresó Macarena.

En la misma línea, **Estefanía**, de 19 años, de Santa Fe, se contactó con la organización luego de enfrentar intentos reiterados por parte del personal de salud de cuestionar y deslegitimar su decisión. Lejos de recibir información clara y acompañamiento, su experiencia estuvo atravesada por discursos que buscaron disuadirla mediante la culpa o el arrepentimiento:

“Me quieren obligar a continuar con el embarazo en contra de mi voluntad”, relató Estefanía.

En el caso de **Sonia**, de 16 años y de la provincia de Corrientes, le informaron que no podían hacer nada ya que cursaba un embarazo de 15 semanas, a pesar de que la legislación argentina ampara el derecho al aborto cuando se trata de

un embarazo producto de una violación o está en riesgo la vida o la salud de la persona gestante. Sonia relató:

“Me dijeron que no podían hacer nada, que la única solución era tenerlo”.

En este sentido, los intentos de cuestionar o condicionar la decisión de las niñas y adolescentes constituyen una forma expresa de obstaculización del ejercicio de su autonomía reproductiva y son contrarias al marco normativo vigente. La Ley 27.610 reconoce la autonomía progresiva de niñas y adolescentes y establece que las personas de 16 años o más pueden prestar su consentimiento de manera autónoma para acceder a la práctica. Asimismo, dispone que adolescentes de entre 13 y 16 años pueden hacerlo por sí mismas cuando no se trate de prácticas que impliquen un riesgo grave para su salud, y que, en caso de existir tal riesgo, corresponde brindar apoyos adecuados de sus progenitores o personas que ejerzan, formal o informalmente, roles de cuidado, sin que ello se traduzca en una restricción arbitraria de su acceso.³²

32. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ley 27.610 - Atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Aspectos médicos del acceso a IVE/ILE, Nota técnica N°4.

05



OTRAS BARRERAS PERSISTENTES EN EL ACCESO AL ABORTO

A partir del trabajo sostenido de relevamiento realizado por Amnistía Internacional sobre la implementación de la Ley 27.610, se evidencia el agravamiento de barreras preexistentes que obstaculizan el acceso al aborto. En este apartado se detallan algunas de las principales dificultades reportadas por quienes se contactaron con la organización en 2025 por medio del formulario. Entre ellas, se mencionan:

- **Falta de información sobre el derecho al aborto.**
- **Malos tratos, desinformación y prácticas intimidatorias por el personal de salud.**
- **Obstrucciones en el Hospital Materno Infantil del municipio de San Isidro.**

5.1. Falta de información sobre el derecho al aborto

La ausencia de información clara, accesible y oportuna sobre el acceso al aborto continúa siendo la principal barrera reportada por quienes se contactaron con Amnistía Internacional. Al igual que en el diagnóstico previo, **el 65% de los casos relevados corresponden a situaciones en las que las personas no sabían dónde acudir ni cómo acceder a la práctica.**

En Argentina, la Ley 27.610 reconoce expresamente el derecho a recibir información clara y detallada a lo largo de todo el proceso de atención, en línea con los estándares internacionales de derechos humanos.³³ En este marco, el Estado —en todos sus niveles— debe garantizar activamente la producción y difusión de información dirigida tanto al público en general como a las personas que buscan acceder a la práctica, así como a los equipos de salud y a quienes diseñan políticas públicas. Esto incluye campañas de difusión, materiales accesibles sobre los alcances del derecho, información clara sobre dónde y cómo acceder a los servicios, lineamientos técnicos para una atención adecuada e información clara y precisa sobre dónde denunciar en caso de obstáculos en el acceso al aborto.

Sin embargo, se registran déficits significativos en materia de campañas públicas, transparencia y accesibilidad de la información. El Estado nacional informó que durante 2024 y 2025 no realizó campañas de difusión sobre IVE/ILE ni sobre la línea 0800.³⁴ Como consecuencia, muchas mujeres y personas gestantes aún desconocen sus derechos, dónde acceder a la prestación, quiénes están obligados a garantizarlo y en dónde se pueden realizar reclamos ante dilaciones o barreras en la realización de la práctica.³⁵

33. CIDH, Informe N° 21/07, Petición 161-02, Solución amistosa Paulina del Carmen Ramírez Jacinto México, 9 de marzo de 2007. También: Amnistía Internacional, No se ejerce un derecho que se desconoce, 2021. Disponible en: <https://amnistia.org.ar/storage/uploads/5ac22e18-f8bc-4d96-a627-91b31482969a/Informe---No-se-ejerce-un-derecho-que-se-desconoce-21-12.pdf>

34. Ministerio de Salud de Nación, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Respuesta a pedido de acceso a la información pública realizado por Amnistía Internacional, 13 de mayo de 2026.

35. Amnistía Internacional, También es por vos: Defender el derecho al aborto ante el retroceso de políticas públicas, mayo de 2025. Disponible en: [https://amnistia.org.ar/storage/uploads/8f911b73-0fed-460b-86af-749dd23fb8e0/Tambien-es-por-vos-Digital-\(2\).pdf](https://amnistia.org.ar/storage/uploads/8f911b73-0fed-460b-86af-749dd23fb8e0/Tambien-es-por-vos-Digital-(2).pdf)

Los canales de información oficial, cada vez más inaccesibles

La línea 0800 de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, que en muchas provincias sigue constituyendo el principal y único canal oficial de información actualizada para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, continúa presentando serias dificultades de acceso y funcionamiento: **el 80% de las personas que se contactaron con la organización en 2025 señaló no haberse comunicado previamente con la línea.**

Entre quienes lograron comunicarse, se recibieron testimonios de personas que señalaron haber sido informadas de que serían contactadas posteriormente para coordinar los turnos, pero ese contacto nunca ocurrió.

Lorena es de Rosario, tiene 18 años y cursaba un embarazo de 7 semanas de gestación cuando se contactó con Amnistía Internacional en búsqueda de información y asesoramiento sobre su derecho a acceder al aborto, tras intentar sin éxito comunicarse con la línea 0800. En sus palabras se describe la angustia de atravesar el proceso en soledad y sin poder acceder a información oportuna:

“Me hice dos pruebas de embarazo y ambas dieron positivas. Necesito acceder a la IVE lo antes posible, pero no sé a dónde acudir ni qué hacer. Estoy atravesando esto sola. Llamé al 0800 varias veces y nunca lograron atenderme”, señaló Lorena.

Un caso en el que las personas fueron informadas que serían contactadas posteriormente por alguien del servicio para asignarle el turno pero que nunca sucedió, fue el de **Mercedes**, de la provincia de Salta, quien relató haber intentado comunicarse en reiteradas oportunidades con la línea sin obtener una respuesta efectiva. Cuando se contactó con la organización cursaba un embarazo de 13 semanas, aunque había iniciado la búsqueda de información en la semana 7. La falta de respuesta y las demoras en la asignación de turnos prolongaron innecesariamente el proceso:

“Tuve que llamar varias veces al 0800 de Nación porque no me daban respuestas. En una oportunidad me dijeron que ya habían registrado mi caso y que me iban a contactar, pero nunca más me contactaron”, relató a la organización.

En línea similar, **María** de la Provincia de Buenos Aires, de 25 años cursaba un embarazo de 12 semanas cuando se contactó con Amnistía Internacional. Su relato da cuenta de la angustia que genera la ausencia de información ante una práctica que es sensible al paso del tiempo:

“Me comuniqué con el número del Ministerio de Salud en el cual me dijeron que iban a llamarme, pero esto pasó hace más de una semana y nadie me llamó. No me puedo volver a comunicar con el Ministerio y se me acaba el tiempo y no puedo esperar. Es urgente”, relató María.

La falta de acceso a información adecuada no solo constituye un grave incumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley 27.610, sino que además genera obstáculos concretos y adicionales para quienes buscan ejercer su derecho al aborto. Entre ellos, se destacan: la necesidad de ir de un establecimiento de salud a otro enfrentando demoras y dilaciones; la exposición a situaciones de maltrato, hostilidad o desinformación; el incremento de costos económicos vinculados a traslados o licencias laborales. A ello se suman situaciones de mucha angustia, miedo y frustración, que afectan el bienestar integral de las personas.

“Realmente esto me está haciendo muy mal mentalmente, estoy desesperada y nadie me da una información precisa. Tampoco tengo a nadie que haya transitado por esto, solo necesito información”, expresó Milagros, de 20 años de la Provincia de Buenos Aires.

En este contexto, se vuelve necesario y urgente atender las barreras en el acceso a la información que impiden el ejercicio de derechos de las personas.

5.2. Maltratos, desinformación y prácticas intimidatorias por el personal de salud

Los testimonios relevados por la organización dan cuenta de un patrón persistente de prácticas institucionales que vulneran los derechos durante la atención en salud. En distintos puntos del país, mujeres y personas gestantes describen recorridos marcados por intervenciones que **desinforman, cuestionan o directamente obstaculizan** el acceso a la interrupción del embarazo.

Estas situaciones no solo constituyen un incumplimiento de las obligaciones legales de garantizar información clara, trato digno y acceso oportuno, sino que generan efectos concretos en quienes buscan acceder a servicios de aborto: demoras, abandono de la atención, derivaciones innecesarias y, en muchos casos, miedo, angustia y sensación de desamparo. De este modo, la violencia institucional en el ámbito de la salud se traduce en barreras que condicionan, y muchas veces impiden, el ejercicio efectivo del derecho a decidir.

Rocío, tiene 25 años, es de Santa Fe y cursaba un embarazo de 12 semanas cuando se contactó con la organización. Tiene un hijo de tres años y se encontraba atravesando una situación profunda vulnerabilidad ante un cuadro crónico de depresión. Al solicitar la práctica fue atendida por una médica quien le dijo que no podría ayudarla ya que “la ley establece que el aborto es legal hasta la semana 12”, en pleno desconocimiento el marco normativo vigente. Por si fuera poco, también cuestionó su decisión. En sus palabras expresó:

“Me informaron que no podían hacer nada porque es hasta las 12 semanas. No me informaron sobre los plazos legales, ni me propuso un espacio de escucha. Solo me dijo que debería haberlo prevenido antes de querer abortar.”

Asimismo, los testimonios evidencian **prácticas de disuasión, presiones indebidas y que buscan infundir temor** por parte del personal de salud, orientadas a modificar la decisión de las usuarias, vulnerando su derecho a decidir. En este sentido, **Ángeles** de 24 años y de la Provincia de Buenos Aires, cursaba un embarazo de 8 semanas de gestación cuando se contactó

con Amnistía Internacional. Su relato da cuenta de cómo el miedo y amenazas infundidas desde el propio sistema de salud puede operar como un mecanismo de expulsión, inhibiendo la búsqueda de atención y obstaculizando el acceso a derechos legalmente garantizados:

“Me da miedo ir a hacer alguna consulta al médico porque cuando pregunté el otro día en la clínica me dijeron que podía ir presa. Me lo dijo la doctora a la que fui a consultar. Que si ella iba a la policía a comentar la situación podían arrestarme porque el aborto era ilegal”, expresó Ángeles.

También se observan casos en los que los profesionales de la salud exponen a las usuarias a escuchar los latidos del feto sin su consentimiento, o manifiestan discursos moralizantes o culpabilizantes que buscan disuadirlas. Como en el caso de **Carla**, de 27 años y de provincia de Buenos Aires, que fue expuesta a estas situaciones cuando quiso acceder a la práctica. Como si eso no fuera suficiente, al contactarse con otra médica de su obra social, el personal de salud interviniente, buscó persuadirla para que continuara con el embarazo y avanzara con un proceso de adopción, lo que motivó que Carla recurriera a afrontar económicamente el acceso por su cuenta:

“La médica de mi obra social me dijo que lo mejor era transitar el embarazo y darlo en adopción. Me sentí sola, asustada y mal informada, con miedo de no poder acceder al aborto. Para no perder más tiempo buscando un profesional que quisiera realizar la práctica, tuve que acudir a uno privado y pagar una suma muy alta de dinero”, señaló.

Por su parte, **Mariela** de 30 años y de la provincia de Mendoza, relató haber sido derivada entre distintos efectores y atendida por un profesional que, además de negarle la práctica, la cuestionó por “haber dejado pasar tanto tiempo”, pese a que las demoras habían sido producto de las propias fallas del sistema.



“Cuando fui, me atendió un médico con muy mala predisposición. Me dijo que me habían derivado mal, que él solo atiende hasta la semana 9 y que ya no había nada más que hacer. También me cuestionó por qué había dejado pasar tanto tiempo, a pesar de que le expliqué todas las vueltas que me habían dado”.

Luego agregó:

“Me siento frustrada. He llegado a la semana 13 y no me dan respuestas, no me dan soluciones. Ayer viajé todo el día bajo el sol con calor para no tener respuesta y para sentirme humillada y con vergüenza.”

Los testimonios de Rocío, Ángeles, Carla y Mariela evidencian que dichas prácticas, lejos de ser neutrales, configuran formas de violencia institucional que erosionan la confianza en el sistema de salud y operan como barreras concretas para el acceso al aborto. Su persistencia pone de relieve la necesidad urgente de fortalecer los mecanismos de capacitación, supervisión y rendición de cuentas dentro del sistema de salud, a

fin de asegurar que el acceso al aborto se garantice en condiciones de respeto, calidad y trato digno en todo el territorio nacional.

5.3 ¿La obstrucción como política municipal? El caso del Hospital Materno Infantil de San Isidro

Desde 2024 Amnistía Internacional ha documentado una práctica preocupante en el Hospital Materno Infantil de San Isidro, Provincia de Buenos Aires. A través de su formulario de denuncias en línea, la organización ha relevado testimonios reiterados de mujeres y personas gestantes que, al solicitar una interrupción voluntaria del embarazo en ese hospital, fueron derivadas desde el área de administración a un consultorio presentado como espacio de consejería, contención y acompañamiento que en la práctica, sin embargo, ha operado como dispositivo de desinformación y disuasión: las personas que acudieron a él fueron sometidas a comentarios moralizantes, y la intervención de personas que no formarían parte del equipo de salud durante las consultas.³⁶

Diversos testimonios indican que el pedido de información y explicaciones de Amnistía Internacional, que propició la intervención de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la

36. Amnistía Internacional, También es por vos. Defender el derecho al aborto ante el retroceso de políticas públicas. Citado previamente.

Provincia de Buenos Aires, contribuyó a que ese consultorio, conocido como “maternidades vulnerables”, dejara de funcionar durante un tiempo. Ello evidencia la importancia del monitoreo activo, la articulación institucional y la intervención oportuna frente a prácticas que pueden obstaculizar el acceso a derechos reconocidos por ley.

Sin embargo, durante 2025, Amnistía Internacional recibió nuevos testimonios que muestran que las barreras en el Hospital Materno Infantil de San Isidro no habían sido definitivamente removidas. Por el contrario, las prácticas reportadas adquirieron nuevas formas: dilaciones, exigencias de una segunda instancia de reconfirmación del consentimiento; e intentos de condicionar el acceso a la práctica a la realización de consultas de psicología, requisitos que no se encuentran previstos en el marco normativo vigente ni en los estándares aplicables para la atención de la interrupción voluntaria y legal del embarazo.

La reiteración de estos relatos permite advertir que no se trataría de episodios aislados. Por el contrario, los testimonios sugieren la existencia de un circuito en donde los obstáculos han sido institucionalizados.

En abril de 2026, una investigación periodística de CNN³⁷ informó la presunta existencia de un **protocolo interno de actuación que establecería un circuito de atención con instancias, derivaciones y exigencias incompatibles con la Ley 27.610**. Este hallazgo representa un salto cualitativo en la caracterización del problema. De confirmarse su existencia y contenido, las barreras ilegales reportadas por quienes buscan acceder al aborto en el municipio no responderían únicamente a prácticas aisladas del personal de salud, sino a directivas institucionales impulsadas desde las propias autoridades sanitarias locales. Ello expondría a mujeres y personas gestantes a obstaculizaciones prohibidas por la ley y podría comprometer la responsabilidad de profesionales de la salud por conductas contrarias a sus deberes legales y profesionales.

Amnistía Internacional verificó que la presunta normativa no se encuentra publicada oficialmente en el Boletín Oficial. Asimismo, presentó reiterados pedidos de acceso a la información pública que no fueron respondidos por el municipio. La falta de respuesta se mantuvo incluso frente a requerimientos formulados por el propio Concejo Deliberante de San Isidro que en 2024³⁸ y en 2025³⁹ solicitó al departamento ejecutivo local información sobre cómo está diseñado el circuito para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo en el municipio.

El caso de **Ana**, una mujer de 40 años, madre de tres hijos, permite observar cómo opera este circuito en la práctica. Ana se acercó al Hospital Materno Infantil luego de haber recibido una consejería en un centro de salud, con la decisión tomada de interrumpir su embarazo y en ayunas, ya que había recibido las indicaciones médicas para realizarse una AMEU.

Sin embargo, en lugar de acceder directamente a la práctica, debió atravesar una segunda instancia de consejería, para ratificar el consentimiento ya expresado. Además, durante la atención, le indicaron que una consulta psicológica era requisito obligatorio para el acceso y se habría permitido el ingreso al consultorio de dos mujeres que parecían ser externas al hospital.

Pese a expresar claramente su intención de abortar, Ana recibió **comentarios moralizantes y contrarios a su autonomía**, tales como:

“Las cosas pasan por algo. La vida te pone a prueba. Capaz esta es la nena que te falta”.

Ana mantuvo firme su decisión y finalmente pudo acceder al procedimiento. No obstante, en los días posteriores recibió llamados y mensajes insistentes de mujeres que decían trabajar en el hospital, preguntándole si se había realizado una

37. CNN, Fue al hospital para abortar, le entregaron una virgen: alegan obstáculos en la ley de interrupción del embarazo en Argentina, Por Betiana Fernández Martino y Manuela Castro, 11 de abril 2026. <https://cnnespanol.cnn.com/2026/04/11/argentina/hospital-abortar-virgen-alegan-obstaculos-ley-interrupcion-embarazo-orix>

38. Comunicación N° 235. Expte. N° 534-HCD-2024.

39. Comunicación N° 537. Exptes. N° 652-HCD-2025 y N° 671-HCD-2025. El consejo Deliberante también requirió al Departamento Ejecutivo del Municipio que diera respuesta urgente al pedido efectuado por la Dirección Provincial de Salud Sexual y por Amnistía Internacional en relación con el Hospital Materno Infantil de San Isidro, e informara cuáles son las medidas adoptadas para garantizar el cumplimiento de la Ley 27.610 en el distrito.

ecografía. Ana describió esta situación como **invasiva y perturbadora**:

“Me escribían tanto que pensé que tal vez me habían hecho algo mal durante el procedimiento y querían chequear cómo estaba.”

Ante esta situación Ana decidió enviar la ecografía post evento obstétrico. Solo entonces dejaron de contactarla, luego de decirle: “¿Entonces ya no hay bebé?”

Su reflexión sobre su propia experiencia sintetiza lo que está en juego más allá de su caso individual:

“No lograron hacerme cambiar de idea, pero a la que viene atrás sí puede afectarle. A mí no porque tengo herramientas, pero no todas estamos en el mismo lugar. Es todo un engaño que me parece cruel”.

El relato de Ana muestra cómo ciertos circuitos de obstrucción pueden operar incluso cuando no impiden el acceso de manera definitiva: introducen demoras, generan confusión, exponen a las personas a presiones indebidas y pueden afectar especialmente a quienes cuentan con menos herramientas, redes o información para sostener su decisión frente a prácticas disuasivas.

Frente a la ausencia de respuesta institucional, y ante la acumulación de evidencia sobre prácticas que podrían vulnerar la Ley 27.610, Amnistía Internacional realizó una presentación judicial con el objeto de acceder a información oficial sobre la presunta existencia de un protocolo de actuación ante solicitudes de aborto en el municipio, así como sobre las prácticas denunciadas que podrían constituir barreras ilegales al acceso al aborto. La vía judicial busca transparentar lo que ocurre en ese hospital y exigir que las autoridades responsables rindan cuentas.

En ese marco, el Juzgado en lo Contencioso Administrativo N°2 de San Isidro ordenó al municipio informar si existen protocolos vigentes mediante los cuales su Secretaría de Salud haya instruido a los efectores bajo su jurisdicción sobre la atención de solicitudes de interrupción del embarazo. También requirió que se informe de qué autoridad habría emanado este acto, sus antecedentes, fundamentos y anexos y si fue publicado en el Boletín Oficial, remitiendo copias de dicha publicación.

A días de la publicación de este informe, la existencia del protocolo fue confirmada en el expediente judicial. Este reconocimiento resulta especialmente relevante, ya que desplaza la discusión desde la existencia de prácticas aisladas hacia la implementación de una directiva institucional que habría organizado el circuito de atención frente a solicitudes de aborto y cuya legalidad y compatibilidad con la Ley 27.610 deberán ser objeto de control.

Durante 2026, Amnistía Internacional continuó recibiendo nuevos testimonios de mujeres que enfrentaron barreras para acceder al aborto en el municipio.

Entre los patrones relevados se destaca la presencia de personas sin vínculo formal acreditado con el sistema de salud en las inmediaciones del hospital. Quienes denunciaron obstáculos en el acceso relataron haber encontrado, a la salida del establecimiento, mujeres con pecheras identificatorias, una mesa y un cartel que decía: “¿Querés abortar? Te ayudamos”. Sin embargo, según los testimonios recibidos, esas intervenciones no estaban orientadas a brindar información objetiva sobre el acceso a una prestación legal de salud, sino a intentar modificar la decisión de quienes se acercaban a solicitar la práctica.

También existen indicios de que algunas de esas personas habrían ingresado al consultorio durante consultas médicas, lo que, de confirmarse,

¿ESTÁS ENCONTRANDO DIFICULTADES PARA ACCEDER AL ABORTO?

- ¿No sabés cómo o dónde acceder?
- ¿Te niegan o dilatan la práctica?
- ¿Te indican comprar la medicación por tu cuenta?
- ¿No te dan información o no te derivan?

¡NO ESTÁS SOLA!

¡ESCRIBINOS!



Te brindaremos información y adoptaremos de manera ágil las acciones que estén dentro de nuestro alcance para garantizar el acceso a tu derecho.

LA INFORMACIÓN QUE COMPARTAS ES CONFIDENCIAL.

amnistia.org.ar/formulario-aborto

AMNISTÍA INTERNACIONAL

podría vulnerar el derecho a la privacidad de las pacientes y el deber de confidencialidad que rige toda atención sanitaria.

La presencia sostenida y organizada de estos actores en las inmediaciones del hospital, sumada a los relatos sobre su posible acceso al interior del establecimiento, plantea interrogantes sobre la eventual tolerancia o habilitación institucional de estas prácticas, cuestión que debe ser debidamente investigada.

Incluso, varias de las personas que lograron acceder a la interrupción describieron haber recibido, en los días subsiguientes, mensajes y llama-

dos insistentes de mujeres que se presentaban como personal del hospital. Difícilmente esta práctica puede entenderse como seguimiento clínico de rutina, respetuoso de la privacidad y la autonomía de las pacientes. Por el contrario, plantea serios interrogantes sobre el posible uso de datos personales obtenidos en el marco de la atención sanitaria.

Amnistía Internacional solicitó información sobre el eventual vínculo laboral o institucional de estas personas, pero no recibió respuesta por parte del municipio.

06



OPACIDAD ESTATAL Y FALTA DE RENDICIÓN DE CUENTAS

6.1. Debilitamiento de los espacios de participación de la sociedad civil

La implementación de políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva requiere mecanismos institucionales efectivos de participación, transparencia, monitoreo y rendición de cuentas.

Conforme los estándares internacionales de derechos humanos, los Estados deben asegurar que las políticas de salud sexual y reproductiva sean diseñadas, implementadas, revisadas y evaluadas mediante procesos participativos y transparentes, con información suficiente, accesible y desagregada, y con mecanismos que permitan identificar barreras, corregirlas oportunamente y evaluar la eficacia de las medidas adoptadas.⁴⁰

Sin embargo, desde la asunción del actual Gobierno nacional, y particularmente desde 2024, esas instancias institucionales de diálogo se vieron interrumpidas o severamente debilitadas.

En mayo de 2024 se realizó una única reunión del Consejo Consultivo del Plan ENIA⁴¹, convocada a pedido de las propias organizaciones de la sociedad civil⁴². En esa oportunidad, las autoridades informaron la discontinuación del

financiamiento de recursos humanos y la reformulación del Plan, dejando atrás su diseño interministerial y su despliegue territorial. Sin embargo, no se presentaron precisiones sobre las acciones desarrolladas, los indicadores comprometidos, los criterios de evaluación, ni los mecanismos mediante los cuales se condicionaría la transferencia de recursos a las provincias. Tras esa reunión no se generaron nuevos espacios de participación y consulta.

A ello se suma que, desde 2024, la DNSSyR no ha convocado a reunión al Consejo Asesor pese a los numerosos pedidos presentados por las organizaciones que lo integran. Este espacio creado hace casi dos décadas y sostenido bajo distintas gestiones de gobierno, ha funcionado históricamente como un espacio institucional de diálogo y asesoramiento para el fortalecimiento de la política nacional de salud sexual y reproductiva.⁴³

La interrupción de estos canales contrasta abiertamente con las obligaciones internacionales del Estado argentino. El Comité de todas las formas de discriminación contra la mujer de Naciones Unidas (CEDAW) establece que los Estados deben colocar la perspectiva de género en el centro de todas las políticas y programas que afectan la salud de las mujeres, e involucrarlas en la planificación, implementación y monitoreo de esas

40. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas ha señalado que los planes nacionales sobre salud sexual y reproductiva deben ser concebidos, revisados y supervisados mediante un proceso participativo y transparente, y que los Estados deben garantizar recursos efectivos frente a violaciones de este derecho. (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)).

41. Amnistía Internacional Argentina ha sido parte del Consejo Consultivo del Plan de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia desde 2017.

42. Solicitud de convocatoria a reunión del Consejo Consultivo del ENIA por parte de la sociedad civil. Disponible en: <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2024/04/Consejo-Consultivo-del-Plan-ENIA-solicitud-de-reunion.pdf>

43. El Consejo Asesor del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable fue creado en 2007 como un espacio institucional de intercambio y asesoramiento entre autoridades sanitarias, agencias internacionales, asociaciones científicas y organizaciones especializadas. Desde entonces, estos mecanismos de participación acompañaron durante casi dos décadas el desarrollo de la política nacional de salud sexual y reproductiva, aportando una mirada federal y enriqueciendo el diseño y evaluación de la política pública, para asegurar el acceso a la salud sexual y reproductiva de la población.

políticas. También exige monitorear la prestación de servicios de salud.⁴⁴

La gravedad de este retroceso fue expresamente advertida por el Comité CEDAW en sus observaciones finales a Argentina de 2026.⁴⁵ El Comité manifestó preocupación por la eliminación o debilitamiento de espacios y mecanismos de coordinación y consulta formal con organizaciones de derechos de las mujeres y de la sociedad civil, y recomendó al Estado argentino restablecer e institucionalizar mecanismos formales, regulares y significativos de consulta y participación, que permitan incidir en el diseño, la implementación y el monitoreo de las políticas y programas de igualdad de género a nivel nacional y provincial.

6.2. Restricciones en el acceso a la información pública y falta de transparencia

La producción, sistematización y difusión de información pública cierta, completa, actualizada y accesible constituye una condición indispensable para el diseño, la planificación, el monitoreo y la evaluación de las políticas de salud sexual y reproductiva. En materia de aborto, esta obligación adquiere una relevancia particular: contar con datos precisos sobre demanda, cobertura, disponibilidad de insumos, distribución territorial de efectores, barreras reportadas y ejecución presupuestaria permite proyectar necesidades, orientar recursos, corregir desigualdades y adoptar medidas oportunas para garantizar el acceso efectivo a este derecho.

En este marco, resulta especialmente preocupante la interrupción de los mecanismos de

transparencia activa del Estado nacional respecto de la implementación de la Ley 27.610. El último informe de gestión publicado por el Ministerio de Salud de la Nación corresponde al año 2023.⁴⁶ Desde entonces, no se han difundido reportes periódicos ni indicadores actualizados que permitan conocer de manera regular el estado de implementación de la política nacional de salud sexual y reproductiva.

Asimismo, la falta de transparencia no se limita a la ausencia de publicaciones periódicas, también se expresa en la dificultad creciente para acceder a información básica mediante los canales institucionales previstos por la normativa vigente. Ante la falta de respuestas completas y oportunas por parte de la Administración Pública Nacional sobre la política pública de salud sexual y reproductiva Amnistía Internacional debió recurrir a reclamos administrativos ante el organismo garante del derecho de acceso a la información pública en 2026.⁴⁷ Asimismo, durante 2025 la organización debió impulsar vías administrativas y judiciales para obtener datos que el Estado debería producir, sistematizar y difundir de manera proactiva, completa y accesible.⁴⁸

Esta dinámica tiene consecuencias concretas sobre el acceso a derechos. **En una prestación altamente sensible al paso del tiempo como lo es el aborto, la falta de información actualizada impide detectar de manera temprana demoras, derivaciones indebidas, faltantes de medicación, ausencia de efectores o prácticas institucionales obstructivas. También dificulta evaluar la eficacia y eficiencia de las medidas adoptadas,** formular recomendaciones basadas en evidencia y exigir responsabilidades frente a incumplimientos estatales.

44. CEDAW, Recomendación General N° 24.

45. CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de la Argentina, 23 de febrero 2026, CEDAW/C/ARG/CO/8.

46. Ministerio de Salud de la Nación, Implementar IVE/ILE Ley 27.610, Informe Anual 2023, diciembre 2023 (citado previamente).

47. Amnistía Internacional, Reclamo ante el órgano garante Ley n°27.275, abril 2026. <https://amnistia.org.ar/storage/uploads/5783c913-ead1-4a6b-9dec-47f26c1712f0/AIAR-Reclamo-ante-el-organo-garante-salud-sexual-y-reproductiva-2026.pdf>

48. Amnistía Internacional y Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, Reclamo administrativo ante el órgano garante EX-2024-135789878- -APNDNPAIP#AAIP, 26 de marzo de 2025. Disponible en: <https://amnistia.org.ar/storage/uploads/6574624e-f152-4b21-b3e2-e55e220f3e3d/Escrito-reclamo-II---INSUMOS.pdf>; Amnistía Internacional, Reclamo ante el órgano garante Ley n°27.275, 3 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://amnistia.org.ar/storage/uploads/f2cd1228-5f3e-4903-bf61-762143481412/RECLAMO-ENIA.pdf>

07

NO VAMOS A
RETROCEDER

♡ Ni 100 años atrás.

Ni 3 años atrás. ♡

♡ **NI UN PASO ATRÁS.**

#AbortoLegal

AMNISTÍA
INTERNACIONAL 

RECOMENDACIONES

En este contexto, Amnistía Internacional insta al Estado Nacional a:

Garantizar la disponibilidad y distribución equitativa de insumos de salud sexual y reproductiva:

- Asignar partidas presupuestarias suficientes para la adquisición sostenida de insumos esenciales, tales como misoprostol, mifepristona, métodos anticonceptivos, test de embarazo, preservativos, entre otros;
- Establecer mecanismos de compra centralizados, eficientes y transparentes que aseguren la provisión oportuna de insumos en todo el territorio nacional;
- Garantizar la distribución equitativa de insumos de salud sexual y reproductiva en todas las jurisdicciones del país con el fin de garantizar un piso mínimo de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones de igualdad y no discriminación.

Garantizar el acceso a la información sobre el derecho al aborto:

- Diseñar e implementar campañas públicas de difusión masiva que promuevan el conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos y los procedimientos para acceder a una IVE/ILE, así como los mecanismos de denuncia ante barreras u obstáculos;
- Difundir en las páginas oficiales del gobierno nacional, así como en otras plataformas de comunicación, listado de efectores de salud que garantizan la práctica en cada jurisdicción;
- Fortalecer la línea nacional de Salud Sexual (0800 222 3444), garantizando recursos humanos, técnicos y presupuestarios adecuados para brindar orientación precisa y acompañamiento oportuno;

- Asegurar la presencia de material informativo (afiches, folletería, recursos visuales) en todos los hospitales y centros de salud del país, con contenidos claros sobre el derecho al aborto, las obligaciones del personal de salud, y la atención postaborto.

Garantizar las obligaciones de transparencia activa y asegurar mecanismos de participación de la sociedad civil:

- Generar y publicar datos desagregados y actualizados sobre la implementación de la Ley 27.610, para garantizar la transparencia, la rendición de cuentas y el diseño de políticas basadas en evidencia;
- Fortalecer los mecanismos de acceso a la información pública y asegurar respuestas completas y oportunas a los pedidos vinculados con políticas de salud sexual y reproductiva;
- Restablecer los espacios institucionales de participación y consulta en materia de salud sexual y reproductiva, garantizando una participación efectiva de organizaciones de la sociedad civil, redes profesionales y organizaciones territoriales.

Garantizar el acceso efectivo de niñas, adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones de igualdad:

- Fortalecer políticas de prevención, información, acompañamiento y atención orientadas a niñas, adolescentes y jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva;
- Garantizar la continuidad, el financiamiento adecuado y la plena implementación del Plan ENIA, incluyendo el restablecimiento de los equipos territoriales, la coordinación



interministerial, el trabajo articulado con las provincias y el monitoreo periódico de sus resultados;

- Adoptar medidas específicas para garantizar el acceso temprano y oportuno al aborto de niñas y adolescentes, mediante circuitos de atención claros, información accesible, acompañamiento adecuado, eliminando prácticas institucionales que produzcan demoras y agraven los riesgos para su salud, autonomía y proyecto de vida;
- Fortalecer la Educación Sexual Integral como política pública clave para el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, prevención del embarazo no intencional, reconocimiento de situaciones de violencia y conocimiento de los derechos vinculados al acceso a anticoncepción, IVE/ILE y atención integral.

Garantizar condiciones de atención digna y de respeto por la privacidad, confidencialidad y autonomía:

- Desarrollar instancias de formación continua para el personal de la salud sobre sus deberes y obligaciones legales en materia de aborto, con foco en la atención respetuosa, libre de estigmas y discriminación;

→ Promover campañas institucionales orientadas a desnaturalizar prejuicios y estereotipos de género que obstaculizan el acceso a derechos;

→ Asegurar la disponibilidad y difusión de canales de denuncia efectivos, accesibles y confidenciales para mujeres y personas gestantes que enfrenten barreras o situaciones de violencia institucional al solicitar un aborto;

→ Informar de manera clara al personal del sistema de salud, tanto público como privado, que la obstaculización, dilación o negación injustificada del acceso al aborto legal constituye un delito conforme lo establece la Ley 27.610.

CANALES DE CONTACTO



SITIO WEB “DERECHO AL ABORTO”:

<https://amnistia.org.ar/causas/derechos-sexuales-y-reproductivos>



FORMULARIO

Formulario para denunciar obstáculos en el acceso a IVE/ILE:

<https://amnistia.org.ar/formulario-aborto>



Vivas en la provincia que vivas

EL ABORTO ES TU DERECHO



AMNISTÍA
INTERNACIONAL





EL COSTO DE LA RETIRADA

BARRERAS, ENDEUDAMIENTO Y DESIGUALDAD
EN EL ACCESO AL ABORTO EN ARGENTINA

