



# IVE ILE



informe 2023



# IVE-ILE

Informe 2023

## **Gobierno de la Provincia de Neuquén**

Cr. Omar Gutiérrez  
Gobernador de la Provincia

Sr. Osvaldo Llancafilo  
Ministro de Gobierno y Educación

Dra. Alicia Comelli  
Subsecretaria de Derechos Humanos

## **Observatorio de Derechos Humanos**

Dirección:  
Mg. Gabriela Bercovich

Equipo técnico:  
Prof. Emilio Alochis  
Lic. Juan Pedro Bisheimer  
Lic. Rosario Jimenez



# Indice

|   |    |
|---|----|
| <b>Introducción</b> .....   | 5  |
| <b>Salud sexual y reproductiva</b> .....  | 6  |
| <b>Historia de la legalización del aborto en Argentina</b> .....                              | 7  |
| <b>Algunos impactos de los programas de salud sexual y reproductiva en la provincia</b> ..... | 11 |
| <b>El aborto como práctica no punible</b> .....   | 15 |
| <b>La implementación de la ley y sus dificultades</b> .....                                   | 18 |
| <b>Conclusión</b> .....   | 24 |

## Introducción

La implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) e Interrupción Legal del Embarazo (ILE) marca un hito significativo en la historia de los derechos reproductivos en Argentina. Esta ley, aprobada a nivel nacional en 2020, establece el derecho de las mujeres y personas con capacidad de gestar a acceder a servicios de salud seguros y legales para interrumpir un embarazo en ciertas circunstancias.

En este informe, se analizará cómo se ha llevado adelante la implementación de esta ley en la provincia de Neuquén, poniendo el foco en el contexto histórico de la legalización del aborto en Argentina, los procedimientos disponibles en la provincia, las estadísticas locales relacionadas con las prácticas de IVE e ILE y los desafíos que persisten en este proceso de cambio.

Para llevar a cabo este trabajo se realizaron dos entrevistas en profundidad, una a Ruth Zurbriggen, referente de la Colectiva La Revuelta, y otra a Soledad Soberón, Directora General del Programa de Salud sexual y reproductiva de Neuquén. También se utilizó como fuente de información los anuarios de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación, datos proporcionados por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la Nación y los datos suministrados por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de Neuquén.



## Salud sexual y reproductiva

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos básicos, y se refieren a una multiplicidad de aspectos. Se vinculan con poder vivir la sexualidad sin presiones ni violencia, a que se respete la orientación sexual y la identidad de género sin discriminación; también, a acceder a información sobre cómo cuidarse, a disfrutar del cuerpo y de la intimidad con otras personas, y a decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales. Implican la posibilidad de decidir en forma autónoma y sin discriminación el tener o no hijas/os, con quién, cuántos y cada cuánto tiempo. También supone recibir información sobre los diferentes métodos anti-conceptivos y acceder de manera gratuita al método elegido.

Los derechos arriba mencionados están protegidos por la Constitución Nacional, leyes nacionales (Ley Nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ley Nacional 26.150 de Educación Sexual Integral, y Ley Nacional 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo) y Tratados Internacionales (Declaración Universal de los DDHH, con jerarquía constitucional desde 1994; el artículo 75 de nuestra carta magna dispone la adhesión de esta a todos los tratados internacionales en derechos humanos; Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres -CEDAW- mediante Ley 23.179; Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las mujeres -conocida como Convención Belém do Pará-; Programa de Acción de El Cairo, vigente en Argentina a partir del año 2013; y Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 1995).

Permeada por este paradigma en derechos humanos sostenido en la legislación nacional e internacional, la provincia sancionó en 1997 la ley 2.222, que dio nacimiento al Programa Provincial de Salud Sexual Reproductiva, y que propone: a) reducir la tasa de morbilidad materno infantil, b) establecer políticas de prevención y atención en la salud sexual reproductiva de los adolescentes, c) tender a la disminución de las enfermedades de transmisión sexual, y d) promover la maternidad y paternidad responsables.

Es importante destacar, además, que la salud sexual reproductiva es una política enmarcada en el tercer eje estratégico del Plan Provincial de Salud 2019-2023. La atención de la salud respetuosa y de calidad durante el embarazo, el parto y el posparto son algunos de los propósitos de las políticas públicas destinadas a trabajar en la garantía de estos derechos. Asimismo, el acceso a la IVE/ILE, así como también la atención de situaciones de post aborto son parte de los objetivos.

# Historia de la legalización del aborto en Argentina

La temática vinculada al aborto fue por primera vez regulada en Argentina en 1886, cuando fue incluido en el Código Penal, considerándolo punible en toda circunstancia y sin excepción. Luego, en 1903, se dejaron de considerar como punibles las tentativas de interrupción del embarazo y, en 1921, los casos en los que este era producto de una violación o ponía en riesgo la vida o la salud de la mujer. Si bien en un principio el código no establecía ninguna prueba legal explícita para acreditar la violación o el riesgo en la salud, durante los regímenes antidemocráticos de 1968 y 1976 se emitieron decretos que exigían, para autorizar abortos no punibles, la judicialización en los casos de violación y el consentimiento de un representante legal para los casos de mujeres menores o dementes. Dichos decretos fueron derogados en los períodos democráticos de 1973 y 1984, respectivamente.

En las últimas décadas del siglo XX y principios del siglo XXI, con la vuelta de la democracia, Argentina fue testigo del resurgimiento del movimiento de mujeres y feminista que marcó un cambio significativo en la sociedad y sus instituciones. En 1986 comenzaron a realizarse los Encuentros Nacionales de Mujeres, que se constituyeron como instancias claves para impulsar y coordinar las demandas del movimiento (entre ellas, la lucha contra la violencia de género y la exigencia por la legalización del aborto). En el marco de estos procesos, la creación de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito en 2005 fue una alianza de diferentes organizaciones que articuló acciones para lograr la legalización. Es al calor de esas luchas que comenzaron a concretarse cambios en el abordaje de la temática por parte del Estado.

En 2005 el Ministerio de Salud de la Nación elaboró la “Guía para la atención de mujeres que cursan un aborto” y, en 2007, el primer protocolo; en sintonía, la provincia de Neuquén confeccionó el mismo año su “Protocolo de Interrupción Legal del Embarazo”. Luego, en 2008, se empezó a contar con la experiencia de consejerías pre y post aborto y en 2010 comenzó a funcionar la línea “0800 Salud Sexual”. A su vez, la Ley Nacional de Salud Mental (2010) implicó cierta apertura en relación a las causales de salud, al establecer que la salud mental debe ser entendida de manera integral y abarcar tanto los aspectos psicológicos como los sociales y culturales, dando lugar a considerar el impacto que puede tener un embarazo forzado producto de una violación para la persona gestante.

A pesar de todo esto, muchas veces los casos en los que estaba permitido abortar terminaban judicializados u obstaculizados mediante distintas estrategias de dilación y coerción. Es por ello que en 2012 la Corte Suprema de Justicia de la Nación, a través del fallo F.A.L., en el que se juzgaba el caso de una solicitud de aborto para una adolescente violada por su padrastro, buscó terminar con esas situaciones exhortando a las autoridades nacionales, provinciales y municipales a aprobar protocolos para la ILE y recordando la necesidad de sancionar a quienes lo obstaculizaran. Entre otras cosas, estableció:

- Que el aborto estaba permitido en todos los casos de violación, sin importar la capacidad de la mujer (hasta entonces, por cómo estaba redactado el artículo en el Código Penal, había un debate sobre si sólo podía practicarse sobre un mujer “idiota o demente”).



- Que no se exigía autorización judicial, ni denuncia policial previa en ningún caso, siendo el único requisito una declaración jurada.
- Que se garantizara la información y la confidencialidad a la usuaria.
- Que se eviten procedimientos administrativos o períodos de espera que retrasen innecesariamente la atención y disminuyan la seguridad de las prácticas.
- Que la objeción de conciencia sea manifestada en el momento de la implementación del protocolo en la provincia o el establecimiento de salud correspondiente, para poder prever la necesidad de contar con otro profesional.

El fallo, además, abordaba un posible eje de debate en torno a la constitucionalidad de la interrupción legal del embarazo, al interpretar el art. 75 inc. 23 de la Constitución Nacional, que faculta al Congreso a sancionar un régimen de protección del niño “desde el embarazo hasta los 18 años”. La Corte señaló al respecto que la competencia atribuida al Congreso es “a los efectos de dictar un marco normativo específico de seguridad social y no uno punitivo”<sup>1</sup>, y en función de ello esa norma no puede definir la temática relativa a los abortos no punibles.

En consonancia con el fallo, en 2015 el Ministerio de Salud de la Nación publicó el “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la ILE”. Allí incluía consideraciones en cuanto al concepto de salud, resaltando que la misma abarca los aspectos físicos, psíquicos y sociales, y aclaraba que el peligro para la salud podía ser potencial. A partir de allí, algunas provincias adhirieron a ese protocolo o contaban con protocolos que se ajustaban a sus criterios, otras dictaron protocolos que incluían requisitos que podían dificultar el acceso, mientras que otras se mantuvieron sin protocolos locales, incumpliendo el mandato del fallo de la Corte Suprema.

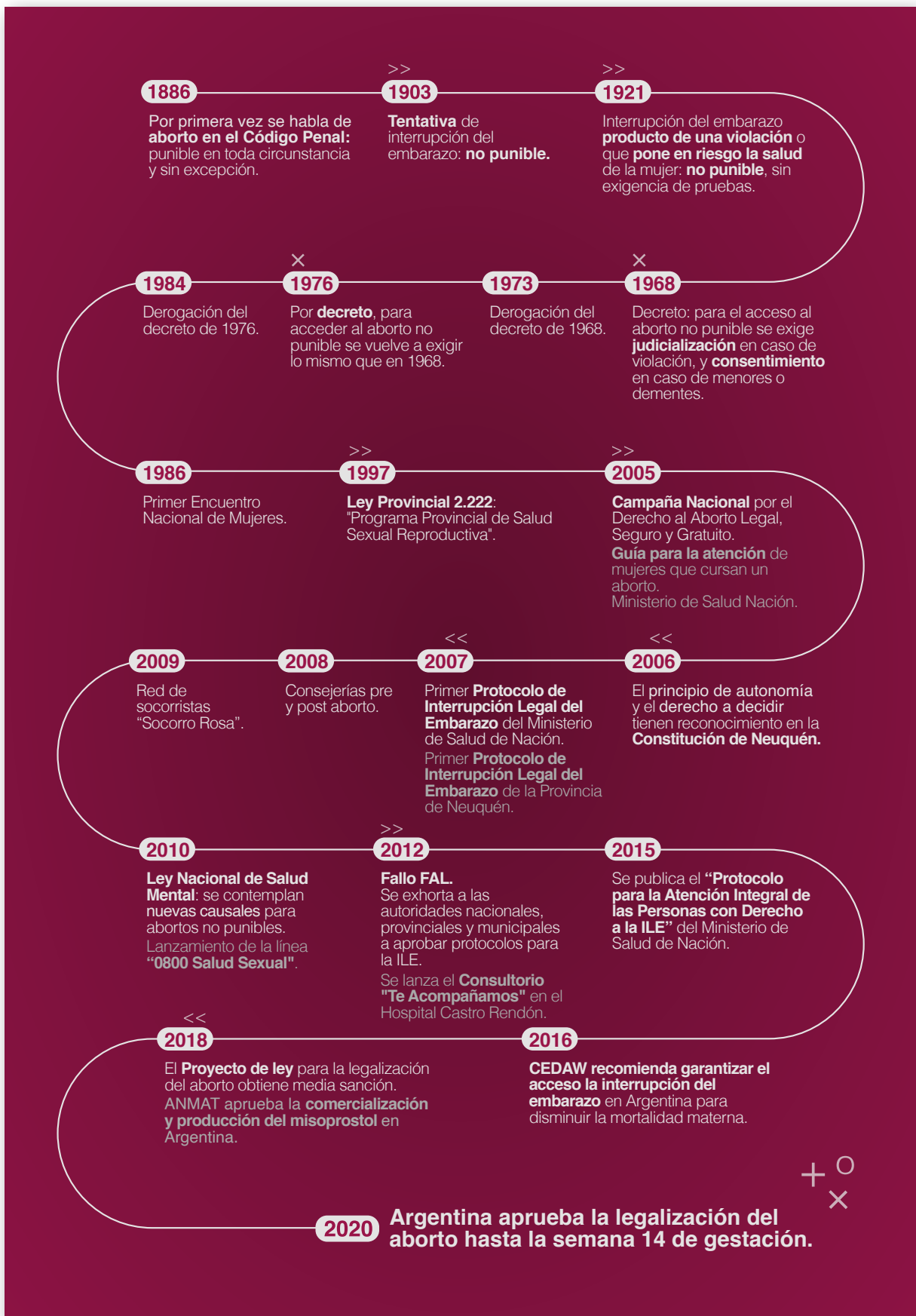
En noviembre de 2016 el Comité de Expertos de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, por su sigla en inglés) revisó la situación de la Argentina y emitió un informe sobre los derechos de las mujeres, con comentarios y recomendaciones para el país. En él recomendó disminuir la mortalidad materna para lo cual, entre otras cosas, exhortó a acelerar la adopción de una ley para ampliar el acceso a la interrupción del embarazo no sólo en casos de violación o riesgo para la salud o la vida.

La situación de Neuquén era particular. En primer lugar, por la existencia del Programa de Salud Sexual y Reproductiva que, si bien no habla de la cuestión del aborto en particular, se propone reducir la morbilidad materna y plantea la cuestión de la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos. Luego, con la reforma constitucional provincial de Neuquén del año 2006, se incorpora el artículo 36 que reconoce el principio de autonomía y el derecho a decidir sobre las capacidades reproductivas y la vida sexual de cada persona. En 2007 se dictó la resolución 1380, que regulaba la atención para el aborto no punible de acuerdo al art. 86 CP. Con el tiempo se le empezaron a señalar algunas barreras formales, como el consentimiento informado de los representantes legales de niñas y adolescentes y de mujeres con discapacidad, que requería autorización del director/a del hospital. De todas formas, en la práctica del sistema público se implementaba de acuerdo a los lineamientos del fallo “F.A.L.” y dicho requisito no era un obstáculo.

Además, es necesario destacar el trabajo realizado en la provincia desde la sociedad civil por parte de la agrupación feminista “La Revuelta”. De acuerdo a la investi-

<sup>1</sup> F.A.L. s/medida autosatisfactiva; F. 259, XLVI; 13/03/2012.





gación realizada por Julia Burton<sup>2</sup>, la organización -desde sus inicios en 2001- tomó el derecho al aborto como una de sus preocupaciones principales y con el tiempo fue desarrollando distintas estrategias de asistencia y acompañamiento a las personas que decidían realizarlo. Así, a fines de 2009 comenzaron un servicio que brinda información y acompañamiento a personas gestantes que deciden interrumpir un embarazo mediante el uso de misoprostol (Socorro Rosa). También, realizaban una lista de médicos “amigables” con quienes fueron articulando alianzas, lo que más tarde facilitó la creación en 2012 del consultorio “Te Acompañamos”, un espacio de control, consejería y anticoncepción postaborto en el hospital Castro Rendón. En noviembre de 2018, la lista de “amigables” en Neuquén capital tenía aproximadamente 200 profesionales de la salud de distintas especialidades, entre los subsectores público y privado. Asimismo, 348 trabajadores y trabajadoras de la salud integraban la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, siendo Neuquén la provincia que mayor cantidad de integrantes tenía en la red (Burton, 2020).

Uno de los hitos más destacados en la lucha por el derecho al aborto en Argentina se produjo en 2018, cuando el movimiento feminista logró impulsar un proyecto de ley para la legalización del aborto en el Congreso Nacional. Durante meses, miles de mujeres, jóvenes y activistas salieron a las calles de todo el país en lo que se conoció como la “marea verde” (en referencia al color del pañuelo utilizado como símbolo), haciendo visible la demanda de acceso seguro y legal al aborto. El debate en el Congreso fue histórico y, si bien el proyecto no fue aprobado, reflejó el poderoso cambio social que había experimentado Argentina en relación con los derechos reproductivos.

Además, en el 2018 se aprobó de la comercialización del misoprostol por la Agencia Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), tanto para su venta con receta archivada en farmacias como para su uso en servicios de salud (disposición Nro. 6726/2018 de ANMAT) y la producción de misoprostol de 200 mcg por un laboratorio público.

Finalmente, el 30 de diciembre de 2020, Argentina aprobó la legalización del aborto hasta la semana 14 de gestación. Este logro fue el resultado de años de lucha, educación y concientización por parte del movimiento feminista, logrando cambiar la percepción pública y política sobre el aborto.

<sup>2</sup> Julia Burton (2020). Desbordar el silencio, tejer complicidades: acciones y voces del feminismo neuquino por el derecho al aborto. Temperley: Tren en movimiento.

“

Nosotras decimos que el aborto, especialmente en 2018, llegó a la mesa familiar como tema, no como acuerdo de toda la familia, sino como tema. Eso significa un cambio cultural y subjetivo muy importante, pero eso no quiere decir que no haya estigmas o malos tratos, o que no haya desprecio, incluso, hacia quienes necesitan abortar. Entonces nos parece que es muy necesario trabajar para instalar otros sentidos en relación a las decisiones de abortar, y que parte de ese hacer tiene que ver con quitarle vergüenza a la decisión del aborto. Nos da la impresión que en este tiempo se transita con un poco menos de culpa, o hay menos personas que nos manifiestan sus culpas por el aborto, pero que la vergüenza sigue estando ahí como un sentimiento muy presente.

Ruth Zurbriggen

## Algunos impactos de los programas de salud sexual y reproductiva en la provincia

Los cambios en la estructura de la edad materna son parte de un proceso que responde a múltiples dimensiones sociales y culturales (mayor nivel educativo alcanzado, planificación familiar, participación de las mujeres en el mercado de trabajo, etc.) y que se viene dando hace décadas, no sólo en Neuquén sino en el país en general. Se destaca que más de la mitad de los embarazos no son intencionales, esto indica que es necesario proyectar políticas públicas que tengan como objetivo la planificación familiar.

Durante las últimas décadas, ha habido una importante tendencia a la disminución de nacimientos neuquinos, presentando una caída del 34,2% entre los años 2005 y 2021. Cuando observamos la edad materna, en el año 2021 vemos un importante descenso en los nacimientos en madres menores a 19 años, representando el 7% de los nacidos vivos, mientras que esa proporción representaba el 16,1% en 2005. También hay menos nacimientos en el grupo de mujeres de 20 a 24 años en el 2021 respecto del 2005, conformando aproximadamente el 21% y el 26% respectivamente. Al mismo tiempo, visualizamos aumentos de los nacimientos en mujeres mayores a los 25 años (57% en 2005 y 72% en 2021).

**Nacidos vivos por edad materna (tabla)**

| Año  | Total nacidos vivos | Menor de 15 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45 y más | sin especificar |
|------|---------------------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|-----------------|
| 2005 | 10.426              | 58          | 1.683 | 2.715 | 2.660 | 1.986 | 1.019 | 266   | 15       | 24              |
| 2006 | 10.852              | 51          | 1.738 | 2.815 | 2.890 | 1.978 | 1.055 | 302   | 11       | 12              |
| 2007 | 11.022              | 61          | 1.879 | 2.764 | 2.816 | 2.114 | 1.081 | 275   | 13       | 19              |
| 2008 | 11.529              | 48          | 1.853 | 2.861 | 2.885 | 2.425 | 1.141 | 294   | 16       | 6               |
| 2009 | 11.639              | 54          | 1.896 | 2.875 | 2.932 | 2.383 | 1.191 | 269   | 26       | 13              |
| 2010 | 12.205              | 63          | 1.889 | 3.013 | 3.014 | 2.571 | 1.307 | 322   | 25       | 1               |
| 2011 | 11.234              | 45          | 1.779 | 2.810 | 2.659 | 2.405 | 1.211 | 309   | 15       | 1               |
| 2012 | 11.136              | 43          | 1.711 | 2.827 | 2.590 | 2.408 | 1.228 | 308   | 20       | 1               |
| 2013 | 11.210              | 50          | 1.678 | 2.825 | 2.672 | 2.333 | 1.328 | 309   | 14       | 1               |
| 2014 | 11.933              | 48          | 1.701 | 3.027 | 2.903 | 2.516 | 1.381 | 354   | 0        | 3               |
| 2015 | 11.838              | 42          | 1.640 | 2.885 | 2.937 | 2.494 | 1.518 | 299   | 21       | 2               |
| 2016 | 11.238              | 25          | 1.520 | 2.756 | 2.756 | 2.366 | 1.467 | 318   | 30       | 0               |
| 2017 | 10.397              | 21          | 1.204 | 2.426 | 2.676 | 2.293 | 1.386 | 365   | 25       | 1               |
| 2018 | 10.122              | 23          | 1.042 | 2.334 | 2.742 | 2.227 | 1.403 | 334   | 17       | 0               |
| 2019 | 9.456               | 16          | 876   | 2.131 | 2.512 | 2.205 | 1.315 | 372   | 29       | 0               |
| 2020 | 8.141               | 10          | 679   | 1.721 | 2.207 | 2.026 | 1.118 | 357   | 23       | 0               |
| 2021 | 7.769               | 8           | 547   | 1.608 | 2.031 | 2.012 | 1.210 | 334   | 19       | 0               |

Fuente: Estadísticas vitales. Información básica. Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

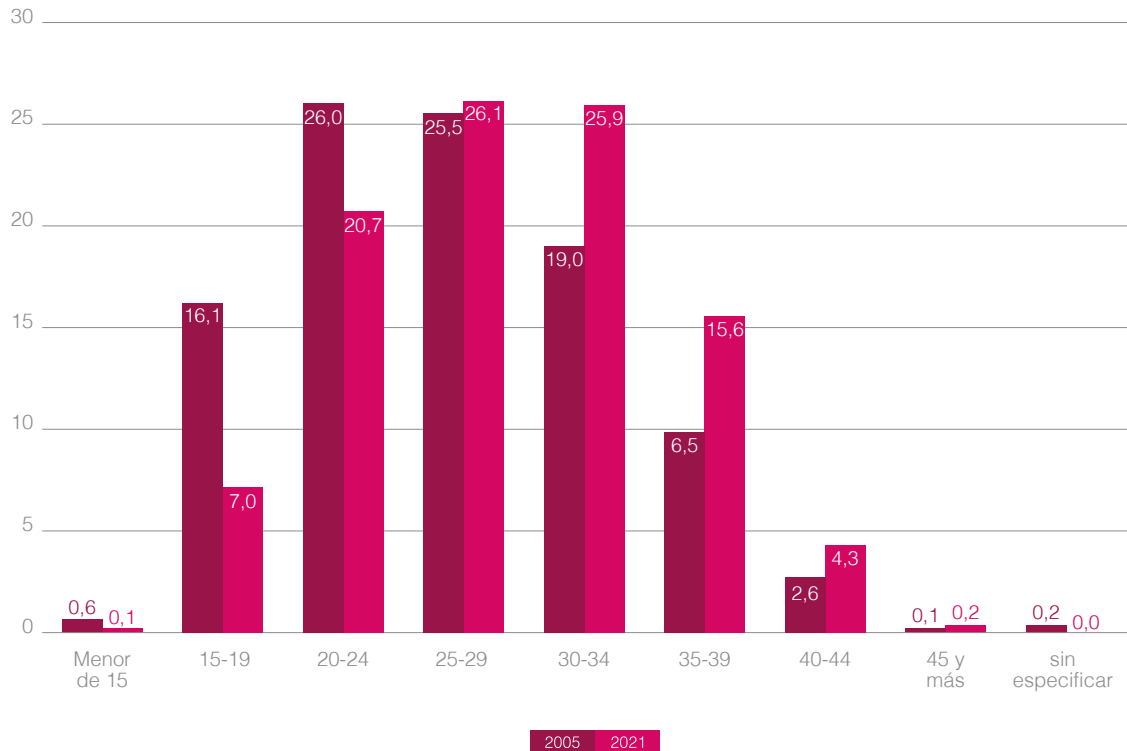
La acentuada disminución de nacimientos en su totalidad, y en las adolescentes en particular, podría estar vinculada a la efectividad de los programas que promueven el acceso a métodos anticonceptivos y a la interrupción legal y voluntaria del embarazo. Si se toma como referencia el último dato disponible, que es el año 2021 a nivel nacional, se observa que la tasa de fecundidad adolescente es muy dispar entre las provincias argentinas, teniendo Misiones y Formosa las tasas más altas (28 por mil) y CABA la más baja (3,4 por mil). Dentro de ese rango, Neuquén se ubicó con una tasa de 10,6 por mil, 3 puntos menos a la nacional, que fue de 13,7 por mil.

### Embarazo adolescente según provincia. Año 2021.

| Jurisdicción           | Estimación de mujeres de 10 a 19 años | Nacimientos en mujeres de 10 a 19 años | Tasa de Fecundidad |
|------------------------|---------------------------------------|--|--------------------|
| Buenos Aires           | 1.328.956                             | 14.761                                 | 11,1               |
| Catamarca              | 33.394                                | 460                                    | 13,8               |
| Chaco                  | 102.082                               | 2.786                                  | 27,3               |
| Chubut                 | 48.794                                | 463                                    | 9,5                |
| Ciudad de Buenos Aires | 192.045                               | 650                                    | 3,4                |
| Córdoba                | 271.117                               | 3.503                                  | 12,9               |
| Corrientes             | 89.745                                | 2.025                                  | 22,6               |
| Entre Ríos             | 106.279                               | 1.654                                  | 15,6               |
| Formosa                | 52.511                                | 1.472                                  | 28,0               |
| Jujuy                  | 64.687                                | 742                                    | 11,5               |
| La Pampa               | 26.463                                | 260                                    | 9,8                |
| La Rioja               | 30.474                                | 380                                    | 12,5               |
| Mendoza                | 152.334                               | 1.717                                  | 11,3               |
| Misiones               | 112.837                               | 3.157                                  | 28,0               |
| Neuquén                | 52.601                                | 555                                    | 10,6               |
| Río Negro              | 57.354                                | 578                                    | 10,1               |
| Salta                  | 126.148                               | 2.481                                  | 19,7               |
| San Juan               | 64.408                                | 1.245                                  | 19,3               |
| San Luis               | 40.162                                | 541                                    | 13,5               |
| Santa Cruz             | 31.150                                | 293                                    | 9,4                |
| Santa Fe               | 250.108                               | 4.190                                  | 16,8               |
| Santiago del Estero    | 84.425                                | 1.650                                  | 19,5               |
| Tierra del fuego       | 14.210                                | 79                                     | 5,6                |
| Tucuman                | 137.345                               | 1.952                                  | 14,2               |
| Otros Países           | -                                     | 8                                      | -                  |
| Lugar no especificado  | -                                     | 28                                     | -                  |
| <b>Total Nacional</b>  | <b>3.469.629</b>                      | <b>47.630</b>                          | <b>13,7</b>        |

Fuente: Estadísticas vitales. Información básica. Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

### Nacidos vivos por edad materna (gráfico)



Fuente: Estadísticas vitales. Información básica. Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

“

...miramos la tasa de natalidad hasta los 19 años inclusive y ha bajado mucho. Empezamos a implementar la variante subdérmica con una varilla, que tenía la estrategia principal de disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia, en Neuquén, en 2022 dio 6,3 por mil y la media nacional está en 11,5 por mil. Ese año fuimos seleccionados para hacer una prueba con el implante subdérmico doble varilla, que dura cinco años dependiendo de la marca y tiene muy buena aceptación. Cambia la hormona, entonces tiene mejor aceptación porque tiene menos efectos secundarios y nos fue tan bien que recibimos implantes que no pusieron en otras provincias. Uno puede pensar que la persona puede transitar todo el colegio secundario con el mismo implante.

*Soledad Soberón*

En lo que a métodos anticonceptivos se refiere, los mismos son gratuitos y se encuentran en centros de salud y hospitales públicos. Algunos de los métodos anticonceptivos disponibles son los preservativos masculinos y femeninos; la anticoncepción hormonal (pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, parches anticonceptivos y dispositivos intrauterinos); los métodos quirúrgicos (ligadura de trompas para las mujeres y la vasectomía para los hombres); y los implantes anticonceptivos, entre otros.

En Neuquén, en el año 2021 se entregaron 547.344 preservativos penianos, 51.675 blisters de pastillas anticonceptivas, 16.334 inyectables, ya sea mensual o trimestral, 2.455 implantes subdérmicos de una varilla, 3.574 dispositivos o sistemas intrauterinos (DIU o SIU) y 2.770 AHE (Anticoncepción Hormonal de Emergencia). En el año 2022 hubo disminuciones de entrega en las pastillas anticonceptivas (44.106), en los inyectables (10.237), y en la colocación de DIU (822 menos que en 2021). No obstante, se realizaron 600 colocaciones de implantes subdérmicos de doble varilla, de los que en el 2021 no se colocó ninguno. Este es un método de larga

### Cantidad y tipo de anticonceptivos

| Métodos anticonceptivos              | 2021   | 2022   | Diferencia |
|--------------------------------------|--------|--------|------------|
| ACO X 21                             | 44900  | 41436  | -3464      |
| ACO X 28                             | 6775   | 2670   | -4105      |
| Implante subdérmico de una varilla   | 2455   | 2787   | 332        |
| AHE                                  | 2770   | 2905   | 135        |
| Implante subdérmico de doble varilla | -      | 600    | 600        |
| Inyectable mensual                   | 8334   | 7659   | -675       |
| Inyectable trimestral                | 8000   | 2578   | -5422      |
| SIU                                  | 72     | 100    | 28         |
| DIU                                  | 3502   | 2680   | -822       |
| Preservativos penianos               | 547344 | 633314 | 85970      |

Fuente: Sistema integrado de insumos. Subsecretaría de Salud de Neuquén.

duración, ya que brinda protección entre 3 y 5 años.

Cabe destacar que, específicamente para la población adolescente, las acciones de prevención en nuestra provincia se refuerzan con la adhesión al Plan Nacional ENIA (Embarazo No Intencional en la Adolescencia). El mismo tiene como objetivo promover saberes y habilidades para que niñas, niños y adolescentes tomen decisiones conscientes y críticas en relación con el cuidado de su cuerpo, vínculos interpersonales, el ejercicio de su sexualidad y sus derechos (Plan ENIA, 2017). En el marco del Plan, se espera que la ESI facilite y potencie las decisiones informadas de las/os adolescentes en torno a su sexualidad y promueva su asistencia a los centros de salud.

En esa línea, en 2018 el Consejo de Educación aprobó el Diseño Curricular Jurisdiccional<sup>1</sup> de los tres primeros años de la Escuela Secundaria Neuquina. La propuesta incluye un espacio inter-área de Educación Sexual Integral, en consonancia con lo que estipula la Ley Nacional 26.150 de ESI que, entre otros contenidos, incluye la reproducción humana considerando no sólo el aspecto biológico sino también el social; todo lo relativo a una vida sexual responsable e informada, como los métodos anticonceptivos y la prevención de enfermedades de transmisión sexual; y el tema del aborto y sus diversos aspectos (éticos, de salud pública, morales, sociales, jurídicos, entre otros).

“

(...) está el Plan Enia (Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia) a nivel nacional, nosotros siempre estuvimos afuera porque trabajan con las provincias que tenían altas tasas de nacimientos adolescentes. Ahora Neuquén forma parte, se firmó un convenio. Unificar estrategias está bueno porque se vincula con la cantidad de insumos que ingresan a la provincia.

*Soledad Soberón*

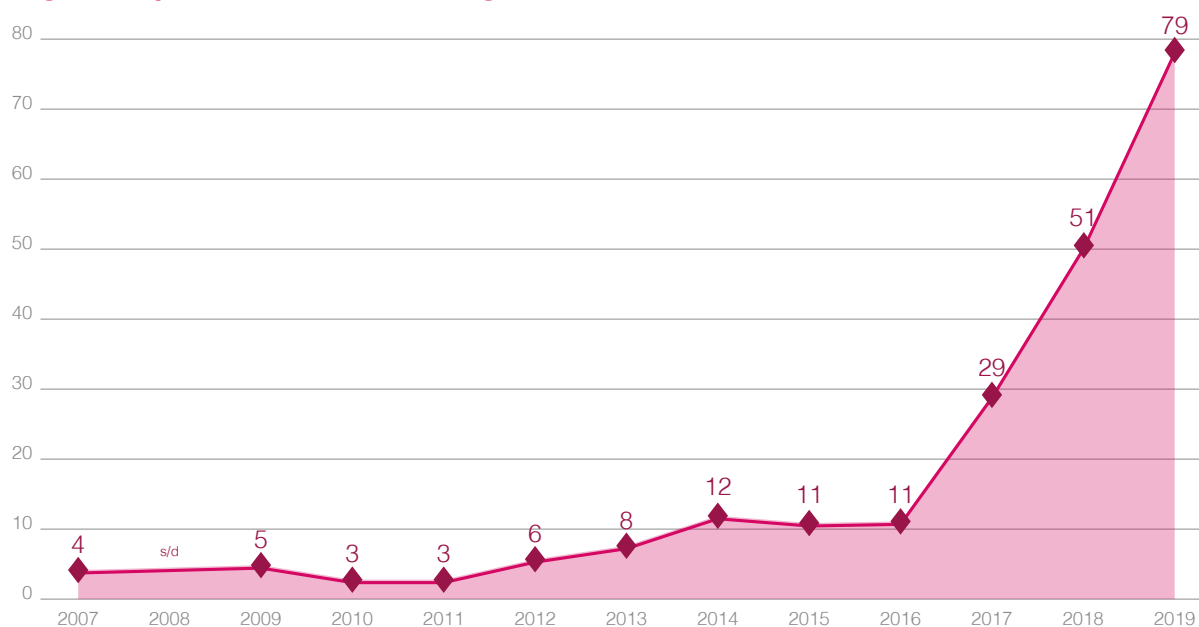
<sup>1</sup> Resolución N°1463/18, CPE.



## El aborto como práctica no punible

Es importante analizar los registros del sistema de salud previos a la aprobación e implementación de la ley. Hasta el año 2019, el único dato estadístico con el que contaba el sistema público era el aborto médico. El mismo incluía su realización cuando peligraba la vida de la mujer, cuando el feto no era viable o cuando el embarazo era producto de una violación. Como puede observarse en el cuadro de abajo, el aborto médico fue la causa de 222 egresos de establecimientos de salud durante más de diez años, quedando afuera los casos en donde las interrupciones se realizaban de manera clandestina, corriendo peligro la vida de las mujeres. En este sentido, podemos observar un incremento de los egresos a partir de 2017, que pasa de 11 a 29 y se va incrementando en 2018 y 2019. Esto podría responder a la vigencia del “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la ILE” (2015), al que adhirió la provincia, que le dio un respaldo institucional para realizar abortos.

### Egresos por aborto médico según año



Cantidad de egresos de establecimientos de dependencia administrativa oficial (nacional, provincial o municipal) por aborto médico (categoría O04 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10), según grupos de edad y año de egreso. Neuquén. Años 2007 a 2019. Fuente: Ministerio de Salud, Provincia de Neuquén.

En cuanto a las defunciones maternas, y en sintonía con lo mencionado anteriormente, también podemos visualizar una tendencia descendente desde 2010, tanto a nivel nacional como provincial. Si bien en parte esto se corresponde con un descenso de la natalidad, de acuerdo al ministerio de salud de la provincia no hubo casos de muertes maternas por embarazos terminados en abortos durante los años 2021 y 2022, lo que demuestra condiciones para el acceso al aborto seguro.



## Nacidos vivos por defunciones maternas

| Año     | Nacidos vivos |        | Total defunciones maternas |     | Defunciones maternas por causas obstétricas directas |     | Defunciones maternas por causas obstétricas indirectas |     | Defunciones maternas por embarazo terminado en aborto |     |
|---------|---------------|--------|----------------------------|-----|--|-----|--|-----|---|-----|
|         | País          | Nqn    | País                       | Nqn | País   | Nqn | País   | Nqn | País  | Nqn |
| 2005-09 | 3.601.259     | 55.468 | 1.624                      | 23  | 815  | 13  | 414  | 5   | 395   | 5   |
| 2010-14 | 3.784.151     | 57.718 | 1.426                      | 13  | 767  | 8   | 392  | 3   | 267   | 2   |
| 2015-19 | 3.513.519     | 53.051 | 1.190                      | 10  | 685  | 8   | 317  | 2   | 188   | -   |
| 2020    | 533.299       | 8.141  | 221                        | 2   | 113  | -   | 85   | 1   | 23  | 1   |
| 2021    | 529.794       | 7.769  | 393                        | 3   | 3  | 107 | 2  | 273 | 1   | 13  |

Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de la Salud.

Es importante destacar que el 30 de diciembre de 2020 se sancionó la Ley Nacional 26.610, promulgada el 14 de enero de 2021 y tiene por objeto regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención post-aborto. De alguna manera, esto institucionalizó prácticas que hasta el momento dependían de la voluntad y compromiso de profesionales de la salud, quienes trabajaban junto a socorristas de la región. La sanción de la ley respondió a los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenibles.

Su art. 2º indica que las personas con capacidad de gestar tienen derecho a: a) Decidir la interrupción del embarazo de conformidad con lo establecido en la presente ley; b) Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud, de conformidad con lo establecido en la presente ley; c) Requerir y recibir atención postaborto en los servicios del sistema de salud, sin perjuicio de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados de conformidad con la presente ley; d) Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anti-conceptivos eficaces.

El Art. 4º señala que las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de

“

Toda ley es un piso de posibilidades y nunca puede ser el techo de nuestras aspiraciones. Decimos esto como definición política en relación a las normativas que vamos consiguiendo, porque sabemos que ese piso de posibilidades es distinto con la ley, pero que a la vez hacerla vivir es la gran tarea. Entonces, nuestro hacer va a hacer vivir la ley en las instituciones en las que corresponde que viva: por un lado, la institución fundamental de salud, en todos sus sub-sistemas: público, privado, de obras sociales; y por el otro, en las instituciones educativas, donde nos parece que también hay todo un trabajo que hacer, porque la ESI tiene que alojar esa temática dentro de la currícula. La ley tiene que vivir en todos sus términos, es decir, que todos los principios que están presentes en ella tienen que ser parte de la cultura institucional: la autonomía, la confidencialidad, la voluntariedad.

Ruth Zurbriggen

gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional. Fuera del plazo dispuesto en el párrafo anterior, la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo solo en las siguientes situaciones: a) Si el embarazo fuere resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración jurada pertinente de la persona gestante, ante el personal de salud interviniente. En los casos de niñas menores de trece (13) años de edad, la declaración jurada no será requerida; b) Si estuviere en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante.

“

“La ley nos vino a ordenar un poco la forma y nos habilitó otras líneas de trabajo. En principio fue la medicación, el misoprostol nos llegaba desde Nación y la provincia decidió comprar también, para poder garantizar el acceso a la medicación. Eso nos llevó un trabajo importante porque para nosotros era relevante que llegara al primer nivel de atención. Era una medicación que llegaba a los hospitales y nosotros necesitábamos que también llegara a los centros de salud. Se trabajó junto con la dirección de abastecimiento, para que se acotaran los tiempos (...) uno tiene que revisar el mecanismo porque vos creés que una persona que viene al control del embarazo te viene a preguntar ¿qué tiene que hacer? y vos pedís lo que corresponde dando por sentado la continuidad del embarazo. En realidad tenés que preguntar “¿cómo te sentís?” y “¿qué querés hacer?” y en base a eso el sistema garantiza la continuidad o la interrupción. También hay consultas que vienen por la interrupción y después deciden continuar, no siempre se concreta. Con información para tomar decisiones autónomas. Sin información no podés decidir. El marco legal está”.

*Soledad Soberón*



## La implementación de la ley y sus dificultades

De acuerdo a la ley, los insumos para garantizar IVE/ILE son de acceso gratuito para las personas que utilizan el sistema público de salud. La compra de los mismos es gestionada por la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR), que los distribuye en todo el país mediante la logística del Programa Remediar.

Hasta las 20 semanas se utiliza un tratamiento medicamentoso, que puede ser misoprostol sólo o combinado con mifepristona, variando la dosis según la edad gestacional. Hasta las 13 semanas<sup>1</sup> también está la opción de utilizar la aspiración manual endouterina (AMEU). Este aspirado es una mejora respecto a la práctica del raspado que solía hacerse, sobre todo para gestaciones posteriores. Actualmente, se está capacitando a profesionales de la salud para que este método pueda garantizarse en todos los efectores de la provincia.

El acceso a la interrupción hasta las 12 semanas de embarazo está garantizado en el primer nivel de atención (centros de salud), y de la semana 13 a la 20 se realiza en los hospitales. Si supera las 20 semanas del proceso gestacional y los profesionales de la salud del hospital no pueden resolverlo, Neuquén tiene la particularidad de contar con un equipo médico especializado cuyo objetivo es brindar acceso a la práctica de las interrupciones del segundo trimestre avanzado, por la complejidad de llevarlas a cabo. Dicho equipo se conformó a través de la resolución ministerial 1908/21 y está comprendido por cinco efectores: Hospital de Junín de los Andes, Hospital San Martín de los Andes, Hospital Horacio Heller, Hospital Castro Rendón y Hospital de Centenario. Una vez que se presenta esta demanda, se deriva a la persona al establecimiento más cercano.

Si bien la ley no establece un límite temporal para abortar, en Neuquén la mayoría de las interrupciones se realiza antes de la semana 25. Los casos que

<sup>1</sup> De acuerdo a la Nota técnica 2 sobre AMEU, elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación.

“

Se abrieron varias líneas a partir de la ley. Hablamos de ILE y hablamos de IVE, interrupción voluntaria hasta las 14 semanas sin necesidad de requerir causales y a partir de las 14 sí se habilita, como ya veníamos trabajando con el fallo FAL, con las causales. A nosotros las causales no nos significan ninguna dificultad, digamos, al momento de encuadrar. Hay que recordar que no es requisito pasar por el equipo psicosocial para acceder al derecho, se puede resolver en la consulta médica.

La otra línea tiene que ver con que teníamos dificultades a partir de las 20 semanas; en realidad las mismas se resolvían pero el circuito no estaba muy fluido así que se conformó con una resolución ministerial. Eso es un impacto importante para los equipos de salud, equipos en distintos lugares de la provincia que garantizan el acceso a la interrupción del embarazo en ese período de gestación, mayor a las 20 semanas. Nosotros el corte lo hacemos en ese momento porque ahí las personas gestantes acceden a ese equipo. A veces las situaciones se resuelven a nivel local pero si no se pueden resolver ahí, entonces ingresa este equipo de segundo trimestre avanzado, en cualquier lugar de la provincia. Eso es sumamente relevante, hay precedente en Buenos Aires en uno de los hospitales. En el resto del país no hay equipos conformados bajo resolución ministerial que garanticen en este segundo trimestre. Ahí pudimos dar celeridad a la respuesta

*Soledad Soberón*

se presentan en el tercer trimestre de embarazo son de gran complejidad, ya que el desarrollo avanzado del feto hace que la interrupción plantee un dilema moral. Por un lado, podría llegar a sobrevivir fuera del vientre materno; por el otro, la posibilidad de que nazca va en contra del deseo de la persona gestante. En estas situaciones excepcionales se intenta hacer una evacuación quirúrgica lo antes posible para luego dar en adopción al recién nacido. Sucede también que para lograr esto es necesario extender el período de embarazo hasta que el desarrollo del feto sea el adecuado para que logre vivir. Al mismo tiempo, la adopción comprende procesos burocráticos cuyas etapas y tiempos de cumplimiento fuerzan un contacto no deseado entre la persona gestante y el bebé y, por otro lado, en algunos casos directamente promueve la revinculación familiar, algo que tampoco se desea, lo que termina yendo en contra del interés superior del niño y también de la persona gestante.

Durante el año 2021 se realizaron 1.361 interrupciones voluntarias y legales y en el año 2022 se incrementó un 35,5%, alcanzando los 1.845 abortos. Los lugares en donde se llevan a cabo las prácticas depende de la organización del sistema de salud en la provincia y de la semana de embarazo en la que se encuentra la persona gestante.

Respecto de la composición del sistema de salud neuquino, está comprendido por tres subsectores, el privado, el de las obras sociales y el público. Cada uno con lógicas y prácticas diferentes, lo que no quita que todos deban garantizar la IVE/ILE. En cuanto al subsector privado, el Estado no tiene información sobre cantidad de abortos o de objetores de conciencia, de la misma forma que no tiene acceso a datos sobre las prácticas sanitarias que allí se desarrollan en general. Por su parte, las obras sociales están obligadas a considerar el acceso en sus prestaciones. Específicamente en Neuquén, podemos referenciar al Instituto de Seguridad Social (ISSN), que dentro de su cobertura contempla un programa especial para llevar a cabo las interrupciones del embarazo. Para la elaboración de dicho programa fueron consultadas la organización de la sociedad civil “La Revuelta” y Gabriela Luchetti, ginecóloga jubilada con una trayectoria importante en la materia. Vale aclarar que no todos los médicos incluidos en la cartilla de ISSN cubren la práctica de IVE/ILE, para hacerlo deben adherirse a través de un acta, lo que desincentiva que todos lo hagan.

“

Hacer interrupciones de segundo trimestre avanzado implica un compromiso, empatía, además de tener la formación técnica, un convencimiento de que esto hay que garantizar y que es un derecho.

*Soledad Soberón*

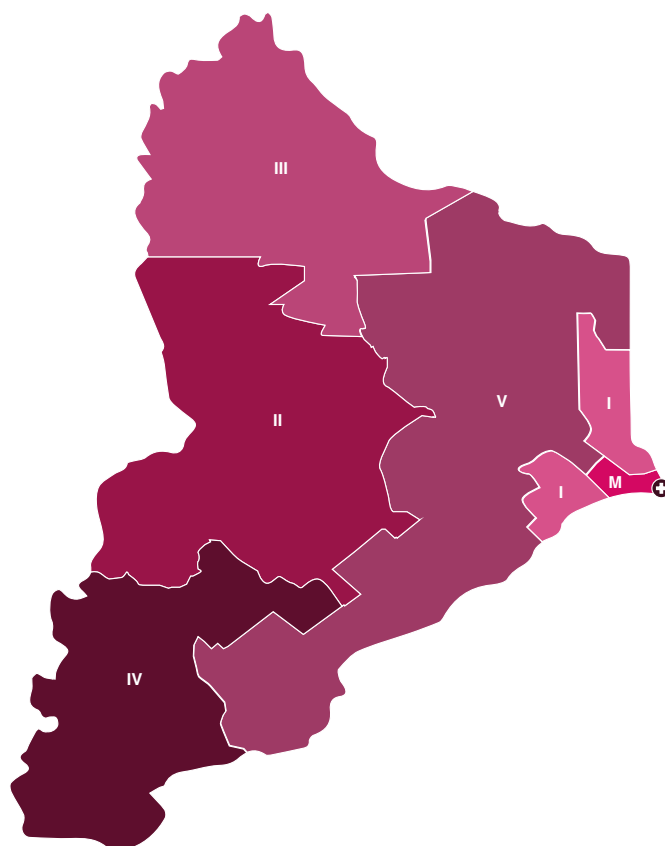
“

(...)No están dadas las condiciones mentales para decir “se hace una práctica” en un embarazo al que le faltan seis semanas para que esté en condiciones de parir. En otros países del mundo se hacen abortos en lo que se llama tercer trimestre de gestación, pero en Argentina eso es un poco complicado todavía. Aunque la ley no establece límites, los límites están. (...) El límite está puesto en lo que se llama la “viabilidad”, es decir, fuera del útero de la persona gestante ese feto puede sobrevivir en neonatología con determinados cuidados.

*Ruth Zubriggen*

Por su parte, el subsector público alcanza la totalidad de las localidades a través de hospitales y centros de salud, así como a las comunidades rurales, por medio de puestos sanitarios y/o visitas periódicas desde el hospital de referencia. En la mayoría de las localidades del interior de la provincia, dicho subsector público es el único prescriptor de salud.

La provincia tiene definidas zonas sanitarias y se subdividen en áreas programáticas locales, que implican una responsabilidad sobre la población comprendida en ese territorio. En cada zona sanitaria hay un hospital cabecera zonal de mediana o alta complejidad con el cual se vinculan, a través de interconsultas y derivaciones, otros hospitales de mediana o baja complejidad ubicados en localidades vecinas. El Hospital Provincial Dr. Castro Rendón, ubicado en la ciudad de Neuquén capital, es el establecimiento de máxima complejidad del sistema y centraliza gran parte de la



|                               |  | IVE/ ILE    |             |
|-------------------------------|--|-------------|-------------|
|                               |  | 2021        | 2022        |
| <b>Hospital Castro Rendón</b> |  | 298         | 304         |
| <b>ZONA METRO-POLITANA</b>    | Hospital Heller  | 344         | 475         |
|                               | Hospital Plottier  | 34          | 77          |
|                               | Hospital Bouquet Roldan  | 21          | 48          |
|                               | Centros de Salud Neuquén Capital   | 107         | 121         |
|                               | <b>Total</b>   | <b>506</b>  | <b>721</b>  |
| <b>ZONA I</b>                 | Centenario, San Patricio del Chañar y Senillosa  | 98          | 131         |
| <b>ZONA II</b>                | Zapala, Mariano Moreno, Bajada del Agrio, Las Lajas, Loncopué, El Huecú y Aluminé.                   | 101         | 164         |
| <b>ZONA III</b>               | Chos Malal, Tricao Malal, Andacollo, Las Ovejas, Buta Ranquil y El Cholar.                           | 77          | 94          |
| <b>ZONA IV</b>                | San Martín de los Andes, Junín de los Andes, Villa la Angostura y Las Coloradas.                     | 148         | 243         |
| <b>ZONA V</b>                 | Cutral Có, Picún Leufú, Piedra del Águila, Chocón, Rincón de los Sauces y Centro de Salud de Añoelo. | 133         | 188         |
| <b>Total</b>                  |  | <b>1361</b> | <b>1845</b> |



atención sanitaria, a tal punto que tiene el rango de una zona sanitaria más.

En base al último dato disponible (2022), 27 hospitales (de un total de 30) y 35 centros de salud (de un total de 84) registraron interrupciones del embarazo. Como es de esperar, la mayoría se realizó en la zona metropolitana (804 en el 2021 y 1025 en el 2022), comprendida por el Hospital Heller, Hospital Bouquet Roldán, Hospital de Plottier y por varios centros de salud. Asimismo, el Hospital Castro Rendón concentró una importante cantidad de interrupciones en ambos años (298 y 304 cada año).

En la provincia, actualmente la mayoría de los hospitales (incluyendo a los de menor complejidad) tiene al menos un profesional que garantiza el acceso al aborto. Las personas solicitan información por mail, por un 0800, o incluso llegan de forma espontánea a través del efector, es decir a través del equipo médico o del psicosocial. Luego, si es necesario, se solicita un análisis de laboratorio y ecografía, y se activa el circuito para garantizar la práctica. Respecto a objetores de conciencia, existe un registro que es administrado por la Dirección de Bioética. Si hubiese alguna denuncia, se notifica a la institución para que arbitre los medios administrativos de gestión hospitalaria no sólo para que no se repita, sino para que se analice lo que pasó. En caso de corresponder, se pide alguna sanción administrativa.

“ Neuquén tiene ese sistema de registros de las historias clínicas, que implica que todo el personal de salud, desde cualquier computadora, puede acceder a cualquier historia clínica. Hay distintos niveles de ingreso, algunas pestañas se van ocultando y entonces podés no tener toda la información, pero hay información que vas teniendo, si sos personal de salud y tenés las claves que te van dando. Según las claves que tengas tenés más acceso.

Nosotras acompañamos a una chica cuya tía trabaja en un centro de salud de Cutral C6, y se enter6 que estaba embarazada porque la directora del hospital de esa localidad la llama para decirle. Las m6dicas que seguían el caso con nosotras entraban al ANDES y veían que todos los días la tía, la directora del hospital y una m6dica ingresaban al sistema para ver qué se registraba. Entonces, nosotras presentamos una medida cautelar con un abogado que consignaba que debido a esas entradas que violan la confidencialidad, no se registra nada más en el sistema.

*Ruth Zubriggen*

Por otro lado, con el fin de agilizar los tiempos y sistematizar la información se utiliza el sistema ANDES, la plataforma digital que implementa la Historia Unificada Digital de Salud (HUDS) y que se compone de una colección y catálogo de datos relacionales, digitalizados, de los registros de información de salud de las personas en efectores públicos. No obstante, esa mayor facilidad para el acceso a información personal y sensible podría involucrar vulneraciones en la confidencialidad.

Otra de las barreras que podría plantearse, en este caso en materia de los establecimientos de salud que se encuentran en las localidades más pequeñas es, por un lado, el agudizamiento de la estigmatización que la práctica del aborto acarrea. Sucede que frente a la falta de anonimato que prevalece en dichas localidades, el temor que sufren las personas gestantes a ser reconocidas y juzgadas se torna una amenaza latente que dificulta la consulta en los establecimientos de salud. Por otro lado, puede pensarse también que al haber en esos lugares menor cantidad de efectores de salud que en las grandes ciudades, la posibilidad de que haya médicos que garanticen la práctica es menor.

Otro obstáculo es el vinculado con las ecografías, que en algunos lugares se solicita en todos los casos para determinar la edad gestacional, a pesar de que el protocolo las desincentiva. De hecho, lo que sostiene es que, en general, es adecuado para esos fines considerar la fecha de la última menstruación (FUM), el examen pélvico bimanual, abdominal y el reconocimiento de los signos del embarazo. El pedido de ecografías podría provocar retrasos que son problemáticos por el tipo de intervención y atentan contra el plazo de 10 días que estipula el protocolo, dejando en manos de la propia mujer la responsabilidad del cumplimiento de los tiempos.

“

Lo que nos llega del 800 son consultas. Personas que llaman y nos dicen: estoy en esta situación, dónde puedo consultar, a veces el centro de salud más cercano no es el que la persona elige, porque tiene gente conocida. Entonces, nosotros recibimos la secuencia del 0800 con una breve descripción de la situación y enseguida nos ponemos en contacto por teléfono y gestionamos el turno.

*Soledad Soberón*





## Conclusión

La aprobación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo e Interrupción Legal del Embarazo implicó un proceso de paulatina visibilización y legitimación del derecho al aborto. Su implementación refleja un avance significativo en la garantía de los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. A lo largo de este informe, se ha observado cómo el proceso histórico de legalización del aborto en Argentina estuvo marcado por la lucha constante de los movimientos de mujeres, feministas y de derechos humanos.

En Neuquén, dicha ley significó la institucionalización de una práctica que ya se realizaba a través de las redes establecidas por los profesionales de la salud y las socorristas de la región. Las estadísticas presentadas demuestran la accesibilidad a los equipos de salud desde el primer nivel de atención, quedando reflejada en la cantidad de interrupciones que llevaron a cabo en los años 2021 y 2022 (1361 y 1845 respectivamente). Estos datos de alguna manera nos llevan a pensar en que las prácticas clandestinas y riesgosas podrían haber disminuido.

A pesar de los avances en la cuestión, la legalización nos pone de cara a nuevos desafíos y a nuevas formas de continuar y extender todas las acciones de educación, acompañamiento, información y promoción. Algunos de ellos, como se mencionó en el desarrollo del informe, tienen que ver con la prevención y acceso a métodos anti-conceptivos, y a la planificación familiar; la confidencialidad de los datos; las barreras geográficas; el estigma social en torno al aborto; los dilemas morales en torno al aborto en el tercer trimestre; el problema vinculado con el pedido de ecografías que podrían evitarse; la profundización de investigaciones relacionadas a la autogestión del aborto hasta las 12 semanas, etc.

Es importante que se siga trabajando en estos aspectos, así como en otros asuntos que necesariamente surgirán en el camino, para que sea progresivo el cumplimiento del derecho al acceso a un aborto seguro y gratuito. Este informe ha intentado mostrar el modo en que la práctica del aborto logró no sólo un nivel de institucionalización específico, sino el hecho de que el mismo fue el resultado de un devenir histórico atravesado por el compromiso y lucha de las mujeres y disidencias. Pero ese largo camino trazado por las luchas sociales no llegó a su fin. El tema del aborto en nuestra provincia da cuenta de una práctica que destaca la importancia de continuar promoviendo políticas de salud sexual y reproductiva que respeten la autonomía de las personas gestantes y que brinden opciones seguras y legales en toda la provincia.

“

¿en Neuquén se garantiza más que en otros lugares? Sí. Si no decimos eso, somos unas jodidas.

*Ruth Zubriggen*

“

Creo que fuimos creciendo, que las discusiones nos fueron cambiando, los equipos se han fortalecido un montón y eso replica.

El trabajo no se acaba nunca, siempre hay cosas que mejorar. Hay cosas que son positivas y vinieron para quedarse y otras que las tenemos que revisar. Esto es una política de salud.

*Soledad Soberón*

