






# En 2020, el aborto en Argentina salió de la clandestinidad

In 2020, abortion in Argentina came out of hiding

Vilda Discacciati<sup>a</sup> , Daniela Epstein<sup>a</sup> , Nadia Musarella<sup>a</sup> , Camila Volij<sup>a</sup> , Mercedes Volpi<sup>a</sup> 

## Resumen

El aborto voluntario es legal en Argentina a partir de la sanción y promulgación de la ley 27.610, enmarcada en el artículo 75 de la Constitución Nacional y de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina, que tiene como objeto regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención post-aborto. En este artículo, las autoras sintetizan los aspectos más destacados de esta ley y plantean los desafíos a tener en cuenta para su exitosa implementación.

## Abstract

Voluntary abortion is legal in Argentina since the sanction and promulgation of Law 27,610, which is framed in Article 75 of the National Constitution and mandatory throughout the territory of the Argentine Republic. It aims to regulate access to the voluntary termination of pregnancy and post-abortion care. In this article, the authors summarize the most important aspects of this law and pose the challenges to be considered for its successful implementation.

Palabras clave: Aborto, Aborto Legal, Salud de la Mujer. Keywords: Abortion, Women's Health.

Discacciati V, Epstein D, Musarella N, Volij C, Volpi M.. En 2020, el aborto en Argentina salió de la clandestinidad. *Evid Actual Pract Ambul.* 2021;24(1):e002115.

## Introducción

El aborto voluntario es legal en Argentina. El resultado de la votación en el Congreso de la Nación fue esperado por las mujeres, muchas en la calle sin dormir y otras tantas, en sus casas. Después de años de activismo y militancia de los movimientos de mujeres (feministas y transfeministas), y con el antecedente legislativo de 2018, finalmente fue sancionada en Argentina la Ley Nro 27.610<sup>1</sup>, enmarcada en el artículo 75 de la Constitución Nacional y de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina, que tiene como objeto regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y a la atención post-aborto. El 30 de Diciembre de 2020 la noticia de que Argentina integra el grupo de países del mundo donde el aborto es legal (ver Figura 1<sup>2</sup>) se difundió ampliamente en los medios de comunicación formales e informales.

Se llega a la promulgación<sup>3</sup> de la mencionada ley en un contexto histórico, político, social, económico y sanitario marcado por el fortalecimiento del movimiento feminista luego de años de trabajo por el reconocimiento, la ampliación y la legitimación de derechos para las mujeres y personas con otras identidades de género.

Los derechos por los que se ha peleado históricamente son: el voto femenino (Ley 13.010), el cupo femenino en las listas electorales (Ley 24.012), la prevención y la erradicación de la violencia contra las mujeres (Ley 26.485), la identidad de género (Ley 26.743), la Ley de Trata (Ley 26.364) y aquellos vinculados a la salud reproductiva como la Ley de Educación Sexual Integral (ESI: Ley 26.150), la de acceso a intervenciones contraceptivas quirúrgicas (Ley 26.130), la de acceso a métodos anticonceptivos (Ley 25.673) -través de la creación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, actualmente convertido en Dirección- e Interrupción Legal del Embarazo (Art. 86 del Código Penal, modificado a partir de la Ley 27.610).

## Aspectos a destacar de la Ley 27.610

### Plazos establecidos

La IVE puede ser solicitada hasta la decimocuarta semana de embarazo (inclusive).

Fuera de ese plazo, únicamente podrá solicitarse si: a) el embarazo fue resultado de una violación; b) si está en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante.

La IVE debe efectivizarse dentro de los diez días corridos desde su solicitud.

### Aspectos vinculados a la consulta

El personal de salud debe garantizar los aspectos éticos de la atención médica (trato digno, privacidad, confidencialidad y autonomía).

### Documentación necesaria

Se requerirá consentimiento informado (CI) de la persona gestante expresado por escrito. Respecto de las personas menores de 16 años de edad, se procederá conforme a lo dispuesto en el artículo 26 del Código Civil y Comercial. Los/as adolescentes entre 13 y 16 años tienen aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resulten invasivos o provoquen un riesgo grave para su vida; y a partir de los 16 años, el/la adolescente es considerado/a como un/a adulto/a para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

Pasadas las 14 semanas de gestación, si el embarazo fuere resultado de una violación, se requerirá, además, la declaración jurada de la persona gestante ante el agente de salud. En los casos de niñas menores de 13 años, la declaración jurada no es necesaria ya que por debajo de esa edad prima la sospecha de abuso.

### Objeción de conciencia

Los/las profesionales de la salud tienen derecho a ejercer la objeción de conciencia (OC) y sin dilaciones, deberán derivar a la paciente para que sea atendida por otro/a profesional no objeto-r/a. Quien decida ejercer el derecho a la OC deberá mantenerla en todos los ámbitos (estatal, privado y de la seguridad social) donde ejerza su profesión.

No podrá negarse a realizar la interrupción del embarazo en caso de que la vida o la salud de la persona gestante esté en peligro y/o requiera atención inmediata e impostergable.

No se podrá alegar OC para la atención sanitaria post-aborto.

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. vilda.discacciati@hospitalitaliano.org.ar, daniela.epstein@hospitalitaliano.org.ar, nadia.musarella@hospitalitaliano.org.ar, camila.volij@hospitalitaliano.org.ar, mercedes.volpi@hospitalitaliano.org.ar



### Personas con capacidades restringidas

Si la restricción de sus capacidades no tuviera relación con el ejercicio de los derechos otorgados por esta ley, podrá presentar su CI sin ningún impedimento ni necesidad de autorización previa. Las personas que actúan como sistema de apoyo no sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos. Si la sentencia judicial de restricción a la capacidad impide prestar el consentimiento para el ejercicio de esta ley o la persona ha sido declarada incapaz judicialmente, deberá prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o (a falta de éste) de una persona allegada en los términos del artículo 59 del Código Civil y Comercial.

### Cobertura

Todos los efectores de salud (estatal, seguridad social y sistemas de medicina prepaga) deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la IVE en todas las formas en que la Organización

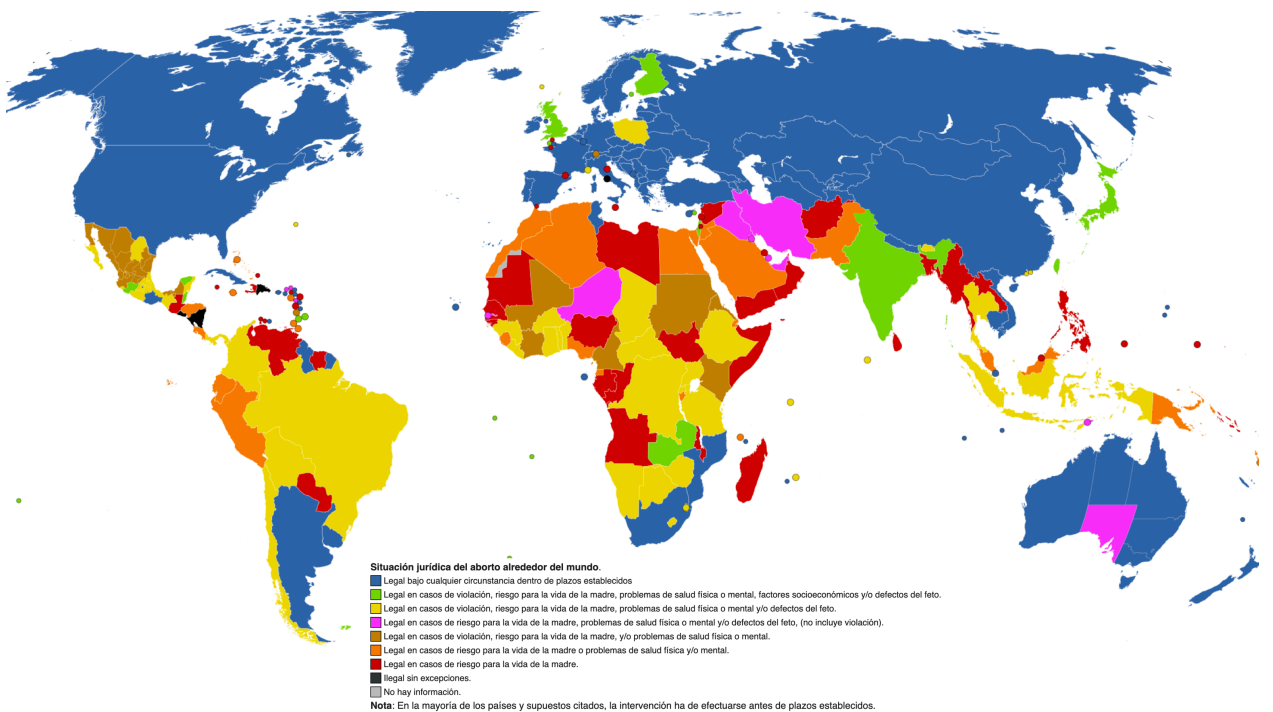
Mundial de la Salud (OMS) lo recomienda. La IVE misma queda incluida en el Plan Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el Plan Médico Obligatorio con cobertura total junto con las prestaciones de diagnóstico, tratamiento farmacológico y terapias de apoyo.

### Capacitación

El Estado Nacional, las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y los municipios tienen la responsabilidad de implementar la Ley de ESI. Además, deberán capacitar sobre perspectiva de género y diversidad sexual a los/las docentes y a los/las profesionales y demás trabajadores de salud, y también a quienes ejercen la función pública.

El personal de salud deberá capacitarse en los contenidos de esta ley, para lo cual, el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales y de CABA implementarán los correspondientes programas.

**Figura 1.** Distribución mundial de las diferentes situaciones legales respecto del aborto. Fuente: Wikipedia. Original de NuclearVacuum, modificado por Heitordp.



### Lo que se viene

A partir de ahora empezamos a transitar un camino en el cual trabajadores y trabajadoras de la salud debemos garantizar el acceso a la IVE. Por esta razón consideramos necesario releer algunos testimonios de mujeres que ayudan a comprender los daños que les han sido ocasionados<sup>4,5</sup> y recuperar las investigaciones que han visibilizado los obstáculos a la interrupción legal del embarazo (ILE): desconfianza por parte del equipo de salud respecto del relato de quien está solicitando la ILE, demoras en el acceso, victimización de la persona gestante, violencia institucional, prejuicios etc.

“Estoy esperando que me entreguen el botón antipánico. Él ya me apuñaló una vez. Pero

sigue entrando a mi casa, por la fuerza, borracho. Y me viola. Yo no puedo tener otro hijo de él”

*emisión de una mujer recogido por Dra. Carcedo de “Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir”*

“Hija de puta, mirá lo que hiciste, mataste a tu hijo”, me dijo un enfermero que me maltrató física, moral y psicológicamente”

*Belén -nombre ficticio para preservar su identidad, de una mujer que en 2014 fue presa en Tucumán por un aborto*

*espontáneo- , cuando relata cómo fue maltratada por un sistema sanitario que violó su privacidad y la confidencialidad de su caso, y llevó a la justicia una situación a partir de prejuicios*

En cuanto al marco jurídico previo de ILE, la Ley 27.610 destraba el punto de “las causales de ILE”, que generaba inseguridades en el equipo de salud, probablemente por cuestiones morales disfrazadas en la excusa de la ilegalidad. Sin embargo, no debemos olvidar otras barreras al acceso de este tipo de derechos que han sido documentadas -el acceso a la medicación, la OC, la falta de capacitación-, sobre las que amerita reflexionar e implementar acciones para que sean superadas.

En relación a la ILE, el director de un hospital privado dijo en 2017 “debemos hacer lo que hay que hacer”, y el director que le siguió dijo “queremos hacer lo que hay que hacer”. Entonces, para seguir avanzando -deberíamos revisar nuestra práctica en relación a los obstáculos identificados en estudios recientes realizados en Buenos Aires<sup>6</sup>, que revelan la necesidad de capacitación formal de todo el equipo de salud (enfermería, instrumentación quirúrgica, ecografía, obstetricia, ginecología, medicina general/familiar, medicina interna y pediatría), ya que el entrenamiento en esta temática representa un vacío en los programas de grado, de residencias y en las instituciones sanitarias en general<sup>7-9</sup>.

El acceso a la medicación (el misoprostol) es uno de los obstáculos centrales para garantizar el acceso a la práctica, en parte debido a que su prescripción ha estado amarrada a temores e inseguridades vinculados con la clandestinidad<sup>10</sup>. Destacamos que el manejo farmacológico desde la práctica médica debería ser un tema de educación continua que incluya a su vez a los/las farmacéuticos/as, así como cuando se le dio difusión y transparencia a la anticoncepción de emergencia (AHE) post coito, lo que mejoró su acceso<sup>11,12</sup>.

La OC es un elemento clave para trabajar dentro de las instituciones y, tal como dice la ley resumida en este artículo, el/la profesional objetor/a tiene la obligación de hacer una derivación efectiva de la paciente sin dilaciones, ya sea que ejerza su práctica en el sector estatal o en el privado<sup>13,14</sup>.

Otro aspecto que merece especial atención es el de la comunicación en la consulta, que implica no sólo ofrecer información clara en cuanto a indicaciones, seguimiento y pautas de manejo, sino también garantizar la confidencialidad y el resguardo del secreto médico. Si bien son aspectos éticos que se aplican a todas las prácticas médicas, cabe resaltar que particularmente en

la IVE no deben fallar dada la sensibilidad del tema, considerado por muchos como tabú. Además, probablemente lleve un tiempo extra desarmar la condena social y la estigmatización, ya que esto requiere de la maduración social de sectores conservadores.

En cuanto a los procesos que suelen asociarse a calidad de servicio y gestión sanitaria -la capacitación y el acceso farmacológico mencionados estarían dentro de este punto-, evitar la demora en acceder a la consulta es clave, puesto que la ley establece el plazo de las 14 semanas gestacionales (inclusive) para el acceso a la IVE. Por lo tanto, para poder cumplir con dicho artículo de la ley, el acceso a médicos/as de familia, tocoginecólogos/as y pediatras debe estar asegurado<sup>15-18</sup>.

### Reflexiones finales

Como trabajadores/as de la salud, nuestra posición es favorecer la atención integral de la salud de usuarios y usuarias, particularmente en este tipo de situación de vulnerabilidad en la que una persona gestante se encuentra frente a una paridad/gestación **no intencional**. Asimismo, consideramos que deberíamos ofrecer un espacio en el que la persona no se sienta cuestionada si solicita una interrupción de embarazo, favoreciendo una escucha activa y empática ya que entendemos que la situación de aborto, sea éste espontáneo, inducido o voluntario, sigue siendo un momento de vulnerabilidad de la persona con capacidad de gestar que requiere acompañamiento y profesionalismo por parte del equipo de salud.

El aborto, que desde 1921 estuvo restringido a causales bajo la figura de ILE, salió del armario argentino en 2018 y salió de la clandestinidad en 2020 a raíz del reclamo histórico de mujeres, madres, hijas y nietas con sus pañuelos verdes como símbolo y con el grito de “aborto legal, seguro y gratuito”.

Como parte del equipo de salud, consideramos que este es un recorrido que recién comienza y habrá que seguir sorteando obstáculos sin perder de vista la premisa de cuidar la salud de las personas gestantes que solicitan la IVE, desde una mirada integral.

“La historia de la mayoría de las mujeres está oculta por el silencio o por adornos que equivalen al silencio”

Virginia Woolf

Recibido el 12/01/2021 Aceptado el 17/01/2021  
y Publicado el 20/01/2021.

### Referencias

1. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.; 2021. Available from: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346231>.
2. Wikipedia. Legislación sobre la práctica del aborto en el mundo; 2021. Available from: [https://es.wikipedia.org/wiki/Legisla%C3%B3n\\_sobre\\_la\\_pr%C3%A1ctica\\_del\\_aborto\\_en\\_el\\_mundo#/media/Archivo:Abortion\\_Laws.svg](https://es.wikipedia.org/wiki/Legisla%C3%B3n_sobre_la_pr%C3%A1ctica_del_aborto_en_el_mundo#/media/Archivo:Abortion_Laws.svg) [Last access: 2021-01-20].
3. Argentina, Presidencia de la Nación. Decreto 14/2021. DEPPA-2021-14-APN-PTE - Promúlgase parcialmente la Ley N° 27.610.; 2021. Available from: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239808/20210115>.
4. Corresponsalía. Impactante testimonio de una médica cordobesa sobre el “cara a cara” con el aborto; 2020. Available from: <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/impactante-testimonio-de-una-medica-cordobesa-sobre-cara-a-cara-con-aborto>.
5. Pecker L. Cuando Belén se escribió con V; 2016. Available from: <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-10798-2016-08-19.html>.
6. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Informe de Gestión. Estrategia de implementación de la interrupción legal del embarazo en la provincia de Buenos Aires. Período de enero a junio 2020 ; 2020. Available from: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2020/09/Informe-de-gesti%C3%B3n-Estrategia-de-implementaci%C3%B3n-de-la-interrupci%C3%B3n-legal-del-embarazo-en-PBA.-Enero-junio-2020.pdf>.
7. Zeldovich VB, Rocca CH, Langton C, et al. Abortion Policies in U.S. Teaching Hospitals: Formal and Informal Parameters Beyond the Law. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):1296–1305. Available from: 10.1097/AOG.0000000000003876.
8. Steinauer JE, Turk JK, Pomerantz T, et al. Abortion training in US obstetrics and gynecology residency programs. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;219(1):86.e1–86.e6. Available from: 10.1016/j.ajog.2018.04.011; <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2018.04.011>.
9. Summit AK, Gold M. The Effects of Abortion Training on Family Medicine Residents' Clinical Experience. *Fam Med.* 2017;49(1):22–27.
10. Aiken ARA, Guthrie KA, Schellekens M, et al. Barriers to accessing abortion services and perspectives on using mifepristone and misoprostol at home in Great Britain. *Contraception.* 2018;97(2):177–183. Available from: 10.1016/j.contraception.2017.09.003.



11. De-Lellis M, Berra A, Basilio M, et al. Concepciones de las y los profesionales de los servicios de salud del municipio de Avellaneda acerca del acceso de la población a la interrupción legal del embarazo. *Anuario de Investigaciones*. vol. XXV. Argentina: Universidad de Buenos Aires; 2018. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369162253035>.
12. Macías AL. Igualdad en la atención de mujeres en situación de aborto en Argentina: un abordaje desde los obstáculos culturales; 2019. MJ-DOC-13831-AR | MJD13831. Available from: <https://aldiaargentina.microjuris.com/2019/02/19/igualdad-en-la-atencion-de-mujeres-en-situacion-de-aborto-en-argentina-un-abordaje-desde-los-obstaculos-culturales/>.
13. Bo M, Zotti CM, Charrier L. The no correlation argument: can the morality of conscientious objection be empirically supported? the Italian case. *BMC Medical Ethics*. 2017;18(1):64–64. Available from: 10.1186/s12910-017-0221-x.
14. Montero A, Villarroel R. A critical review of conscientious objection and decriminalisation of abortion in Chile. *J Med Ethics*. 2018;44(4):279–283. Available from: 10.1136/medethics-2017-104281.
15. Stanhope K, Rochat R, Fink L, et al. Physician opinions concerning legal abortion in Bogotá, Colombia. *Cult Health Sex*. 2017;19(8):873–887. Available from: 10.1080/13691058.2016.1269365.
16. Ramos S, Romero M, Ramón-Michel A, et al. Experiencias y obstáculos que enfrentan las mujeres en el acceso al aborto; 2020. Available from: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4580>.
17. Chor J, Garcia-Ricketts S, Young D, et al. Well-woman Care Barriers and Facilitators of Low-income Women Obtaining Induced Abortion after the Affordable Care Act. *Women's Health Issues*. 2018;28:387–392. Available from: 10.1016/j.whi.2018.03.009.
18. Seewald M, Martin LA, Echeverri L, et al. Stigma and abortion complications: stories from three continents. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2019;27(3):75–85. Available from: 10.1080/26410397.2019.1688917.