

Barreras al acceso al aborto legal después de las 13 semanas de gestación: estudio cualitativo con profesionales de la salud en ciudades seleccionadas de Argentina.

Barriers to access legal abortion after 13 weeks' gestation: a qualitative study with health professionals in selected cities of Argentina.

Lucila Szwarc*
Karina Cammarota**
Mariana Romero***

Resumen

La ley 27.610 estipula un sistema mixto de acceso al aborto: plazo y causales. Si bien no modifica sustancialmente el acceso al aborto luego de las 14 semanas de gestación (SDG) respecto de lo que estaba vigente, presenta un contexto oportuno para mejorar el acceso y la calidad de la atención a estos abortos, que enfrentan una serie de barreras adicionales. Nos propusimos explorar y analizar las condiciones que influyen en el acceso y la atención al aborto después de las 13 SDG, a fin de identificar barreras y sugerir estrategias para afrontarlas. Realizamos 14 entrevistas en profundidad a profesionales del sistema público de salud de ciudades seleccionadas de Argentina, quienes garantizaban el acceso al aborto en el segundo trimestre durante el 2017. Las principales barreras identificadas son: 1) A nivel de las políticas públicas: poca claridad y apoyo desde las políticas públicas; marco jurídico en edad gestacional avanzada; no regulación de la objeción de conciencia; 2) A nivel institucional: falta de apoyo institucional; falta de formación en carreras de medicina; sobrecarga de tareas a quienes garantizan el acceso; sistema de salud expulsivo; dificultades de acceso geográfico a los pocos efectores que garantizan; y 3) A nivel subjetivo e interpersonal: carga emocional para profesionales en casos avanzados; estigmatización y soledad de profesionales que garantizan; vergüenza y temor al maltrato y denuncia por parte de las personas que abortan. El foco de las recomendaciones se orienta a políticas públicas rectoras en: capacitaciones, provisión y aprobación de insumos clave y difusión pública de información sobre IVE e ILE.

Palabras clave: aborto legal - aborto de segundo trimestre - profesionales de la salud – barreras.

Abstract

Act 27610 establishes access to abortion up to 14 weeks gestation (WG) at the woman's request, and without a limit regarding specific situations. The law does not substantially modify access to abortion after 14 WG compared to what was legally possible before this new law. However, it presents an favorable context to improve access and quality of care for these abortions which face a series of additional barriers. We aim to explore and analyze the conditions that influence access to and care for abortion after 13 WG, in order to identify

* Becaria Postdoctoral CEDES/CONICET. Correo electrónico: lucilaszwarc@gmail.com

** Maestranda en Estudios Interdisciplinarios de la Subjetividad (UBA). Correo electrónico: kcammarota@hotmail.com

*** Investigadora CEDES/CONICET. Correo electrónico: marianaromero64@yahoo.com.ar

Recibido: 21/06/2021 Aceptado: 27/12/2021 Publicado: 08/04/2022

<https://doi.org/10.24215/18522971e101>

barriers and suggest strategies. We conducted 14 in-depth interviews with public health system providers in selected cities of Argentina, who provided access to abortion after 13 WG.

We identified three main barrier types. 1) Public policies barriers: lack of clarity and support from public policies, advanced gestational age legal framework, conscientious objection absence of regulation. 2) Institutional barriers: lack of institutional support, lack of training in medical careers, overload of tasks for those who provide access, denial of abortion services, geographical access barriers to the few institutions that provide care. 3) Subjective and interpersonal barriers: emotional burden for providers in advanced WG; providers stigmatization and isolation; people seeking abortion's shame and fear of being mistreated and reported.

Key words: legal abortion – second trimester abortion - health providers – barriers.

Introducción

A partir de la aprobación de la ley 27.610 en Argentina, la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es legal hasta la semana 14 de gestación inclusive. La ley estipula así un sistema mixto -plazo y causales-, dado que implementa la IVE y sostiene la vigencia de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) para las tres causales comprendidas en el Código Penal desde 1921, sin límite en la edad gestacional. Estas causales son: peligro para la vida, peligro para la salud y embarazo producto de una violación.

Si bien la ley 27.610 no modifica sustancialmente el acceso al aborto luego de las 14 semanas de gestación (SDG) respecto de lo que ya estaba vigente, presenta un contexto oportuno para mejorar el acceso y la calidad de la atención al aborto estableciendo parámetros de acuerdo a la evidencia científica recomendada por la Organización Mundial de la Salud. La nueva legislación establece con claridad que luego del plazo de las 14 semanas, “la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo” en caso de “peligro para la vida o *salud integral* de la persona gestante” (las comillas son nuestras) (Boletín Oficial, 2021). Es decir, le da fuerza de ley y establece como derecho aquello que estaba como causal de no punibilidad en el Código Penal, y a su vez corrobora una interpretación amplia de la salud como integralidad. Sin embargo, en diversos contextos la legalización del aborto, tanto por plazos o como por causales, no es garantía suficiente para el acceso a la práctica (Madziyire *et al.*, 2019; Harries *et al.*, 2020; Galli, 2020).

A nivel global y regional la mayoría de las complicaciones serias relacionadas con el aborto ocurren después de las 13 SDG de forma progresiva (Dragoman *et al.*, 2014, Romero *et al.*, 2021). Aunque el riesgo de complicaciones es bajo en el marco de los servicios brindados por profesionales capacitados/as, el aborto después de 13 SDG presenta un mayor número de eventos adversos en comparación con el aborto del primer trimestre (Grossman *et al.*,

2008). Además, las mujeres y otras personas con capacidad de gestar¹ que solicitan acceder a un aborto legal luego de las 13 SDG enfrentan mayores barreras al acceso (Baum *et al.*, 2015; Puri *et al.*, 2018; Saavedra-Avendano *et al.*, 2018), así como maltratos (Lima *et al.*, 2020), en comparación con aquellas/os que cursan embarazos de menor edad gestacional. A su vez, suelen ser las personas en situación de vulnerabilidad las que más solicitan acceso luego de las 13 SDG (Ortiz, 2020; Ramos *et al.*, 2020; Ipas 2021).

Nos propusimos explorar y analizar las condiciones institucionales y profesionales que influyen en la atención a personas que solicitan un aborto después de las 13 SDG, con el fin de identificar barreras y sugerir estrategias clave para mejorar el acceso y la atención de la práctica en el sistema público de salud en Argentina. Si bien el estudio se realizó previo a la sanción de la ley 27.610, el nuevo marco normativo sostiene la prestación de los abortos de segundo trimestre y entendemos pertinente el aporte de este artículo respecto de aspectos que podrían persistir aun con la aprobación de la ley.

Metodología

Realizamos un estudio cualitativo de carácter exploratorio, dado que se carece de relevamientos sistemáticos previos sobre este tema en el país. A pesar de que la legislación actual permite el aborto voluntario hasta las 14 SDG, tomamos como línea de corte las 13 SDG porque la investigación fue hecha con anterioridad a la aprobación de la ley y, en términos de consensos clínicos, las 13 SDG representan la línea de corte entre el primer y segundo trimestre. Luego de este plazo, se modifican algunas de las recomendaciones respecto de los procedimientos, dosis de medicamentos, y requerimientos institucionales y de capacitación para la práctica de aborto (Kerns *et al.*, 2012; OMS, 2012 y 2019; Kapp y Lohr, 2020), así como las posibles implicancias morales y éticas para las/os profesionales de la salud.

El método de recolección de datos fue la entrevista en profundidad a profesionales que realizan abortos legales en el sistema público. La guía de entrevista se elaboró en base a instrumentos utilizados en investigaciones similares en otros contextos (Okonofua *et al.*, 2005). La guía respondió a las siguientes dimensiones: 1) Trayectoria profesional e influencias en la temática del aborto; 2) Servicios de aborto en primer y segundo trimestre

¹ En consonancia con la Ley de Identidad de Género 26.743 y la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo 27.610, nos referimos a las mujeres y otras personas con capacidad de gestar. En adelante, hablaremos de “personas” para referirnos a las personas con diferentes identidades de género que podrían solicitar un aborto, a los fines de simplificar la lectura del artículo.

en la institución donde se desempeña; 3) Accesos y barreras para la provisión de aborto en el segundo trimestre; 4) Aspectos relacionados con las opiniones y actitudes en la provisión de servicios de ILE en segundo trimestre; y 5) Intervenciones para la provisión de servicios de ILE en segundo trimestre.

Seleccionamos una muestra intencional de 14 profesionales del sistema público de salud de distintas jurisdicciones de Argentina. Fueron elegibles quienes al momento de la entrevista garantizaban en el sistema público el acceso al aborto en el segundo trimestre, en el marco de las causales de no punibilidad, y tuvieran una trayectoria en esta práctica. Por sus trayectorias, los/as informantes se encontraban sensibilizados/as en la temática y tenían algún grado de capacitación en la misma. La selección se hizo en principio a partir de contactos clave y luego a través de la técnica “bola de nieve”, por la cual se le solicita a una persona entrevistada que brinde el contacto de otra/s persona/s con las características previstas, hasta alcanzar el número pautado. No se seleccionaron ciudades o regiones a cubrir a priori, sino que se entrevistó a profesionales de distintas regiones del país, según los criterios mencionados. La muestra quedó conformada por profesionales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ciudad de Rosario (provincia de Santa Fe), dos municipios del Gran Buenos Aires y la ciudad de Bahía Blanca.

Se estableció un primer contacto con las/os profesionales por medio de un e-mail. Una vez que aceptaron participar del estudio (todos/as las/os contactados/as accedieron), dos investigadoras realizaron las entrevistas en profundidad durante julio y agosto de 2017. De acuerdo a las posibilidades, las entrevistas fueron cara a cara o virtuales (vía Skype o llamada de WhatsApp). En todos los casos se solicitó permiso para grabar y se aplicó un consentimiento informado de forma oral para participar del estudio. Las entrevistas fueron posteriormente transcritas, volcadas en grillas y analizadas, siguiendo las dimensiones y categorías de la guía de entrevista y construyendo nuevas a partir de los datos.

Las barreras se categorizaron en tres niveles: nivel de las políticas públicas, nivel institucional y nivel subjetivo e interpersonal. Estas categorías se construyeron a partir de la revisión bibliográfica y de la pertinencia en relación a los aspectos mencionados por las/os profesionales. Se toman en cuenta las percepciones de las/os entrevistadas/os, así como sus testimonios como informantes clave para relevar el estado de situación de los servicios de ILE en segundo trimestre, al momento de realización del estudio. En todos los casos se garantiza el anonimato y la confidencialidad de los y las participantes mediante la identificación de las entrevistas por un código sólo conocido por el equipo de investigación.

Resultados

Descripción de la muestra

Fueron entrevistadas/os siete mujeres y siete varones, con un promedio de edad de 49 años [30-63]. Todos las/os entrevistadas/os eran tocoginecólogas/os, a excepción de una profesional que era médica de familia. Todos/as cursaron la carrera de grado y realizaron su residencia en instituciones públicas de Argentina. Los años de antigüedad como especialistas varían en función de las edades y de los cambios en las trayectorias, yendo de dos a treinta años. Cinco de ellas/os eran o fueron jefes del servicio de ginecología, obstetricia o ambos, cuatro formaban parte de programas de salud sexual y reproductiva, y dos realizaban ILE de primer trimestre también en instituciones privadas. Diez profesionales poseían cargos en instituciones públicas de segundo nivel de complejidad donde realizaban ILE en segundo trimestre, mientras que cuatro no poseían cargos para dichos servicios, sino que lo habían tenido con anterioridad o fueron convocados por los programas mencionados para tal fin. Las/os profesionales se desempeñaban en efectores de la red pública de las ciudades y jurisdicciones mencionadas.

Condiciones institucionales y profesionales

Apoyo institucional

Las/os profesionales mencionan la importancia de contar con apoyo institucional para poder brindar servicios de aborto después de las 13 SDG. Se identifican tres variantes de apoyo institucional en los efectores. En el primer grupo, más recurrente, se destaca una dirección que apoya la provisión del aborto en segundo trimestre y es fundamental para garantizar el acceso.

“La dirección del hospital, esos son los otros pilares para que nosotros pudiéramos avanzar, la dirección es amigable al aborto. [...] Nos facilitó.”
[Tocoginecólogo, 58 años]

El segundo grupo, menos recurrente, está definido por una dirección que “no apoya, pero deja hacer”.

“[...] con la actual directora tuvimos algunos malos momentos, [...] ahora ella aparentemente, no sé si hubo una bajada de línea justamente a nivel central o qué pasó, dice que, aunque ella no está de acuerdo, entiende que es una línea de trabajo que hay que resolver.” [Tocoginecóloga, 57 años]

En el tercer grupo, también minoritario, encontramos una dirección que no apoya y obstaculiza de distintos modos, transformándose en una barrera para los equipos.

“Una barrera es la gestión, el apoyo de la gestión hospitalaria, de los directores de hospitales. Porque el director del hospital nuestro que tenemos ahora... como que se juega, pero no se juega.” [Tocoginecóloga, 63 años]

Demoras y maltratos en la prestación de servicios de aborto después de 13 SDG

Los servicios de aborto después de las 13 SDG frecuentemente requieren internación, a diferencia de los servicios de aborto en el primer trimestre de embarazo, que generalmente se atienden en servicios ambulatorios (OMS, 2012; Ipas 2021). Según los/as entrevistados/as, la atención del aborto en el primer trimestre puede durar entre uno y tres días, mientras que después de 13 SDG puede ir desde un día hasta más de una semana. Esta situación es percibida como una dificultad, ya que, aunque los/as profesionales entrevistados/as intenten garantizar la atención en salas alejadas del área de maternidad, es frecuente que no puedan hacerlo por no contar con espacios asignados en las instituciones. Esta situación es vinculada con la falta de apoyo de las autoridades institucionales, quienes no priorizan la habilitación de estos espacios.

“[...] hay una condición, esto es una maternidad, entonces nosotros les decimos a las mujeres que van a estar internadas y escuchan llantos o gritos de las mujeres que están pariendo... Y después, si tuvieran que quedarse internadas, tratamos de gestionarles alguna cama en algún otro sector del hospital, pero esto no siempre es posible.” [Tocoginecóloga, 57 años]

Las/os profesionales refieren que otros/as profesionales de la institución se niegan a apoyar o a asistir a las mujeres en el proceso de atención al aborto y, en particular, al aborto después de las 13 SDG. Dicha situación, más allá de que se de acceso efectivo a abortos legales, genera malos tratos a las personas internadas para la práctica.

“La mujer llega y no la recibe nadie, la miran como si fuera la peor, no le hacen los controles, no le dan un vaso de agua. Va al baño sola porque no le alcanzan una chata. El médico se sienta al lado y todo el mundo pasa mirando a ver quién es el médico, quién es la paciente... Ayer la internaron en una habitación que no tenía puertas, que estaba a la vista de toda la sala.” [Tocoginecólogo, 51 años]

En este contexto, las/os pocos/as proveedores/as dispuestos/as a atender a estas usuarias despliegan estrategias para garantizar una atención adecuada, en general, asegurando el acceso a una guardia que las reciba de manera respetuosa. Esto puede generar demoras y dificultades para las personas que solicitan la ILE y para los/las profesionales a cargo.

“Yo no estoy las 24 horas del día todos los días... tenía que triangular con alguna guardia, donde hubiera algún especialista que no fuera objetor, donde pudiera

hacer la posta y que controlara a la paciente en el transcurso de su proceso. Tenemos guardias en donde no puedo internar un aborto del segundo trimestre, salvo que ya venga en curso [...]” [Tocoginecólogo, 52 años]

Técnicas clínicas

El método más mencionado para el aborto después de las 13 SDG es el uso del misoprostol y, cuando es posible, el uso de la mifepristona, siguiendo las recomendaciones de la OMS y lo reportado en la literatura especializada (OMS 2012, 2019). Sin embargo, las/os profesionales consideran que entre sus colegas existe desconocimiento sobre el uso de medicamentos para el aborto después de las 13 SDG:

“Pero no tienen ni idea, y la mezclan con oxitocina, que no se debe... muchas veces terminan haciendo extracciones sin preparaciones adecuadas.” [Tocoginecólogo/generalista, 38 años].

Se menciona también la utilización de misoprostol junto con métodos quirúrgicos, como la AMEU o el legrado. Una profesional menciona dificultades para utilizar la AMEU en segundo trimestre por las condiciones técnicas del cuello del útero, dado que “no alcanza a generar el vacío” [Tocoginecóloga, 57 años]. El legrado se menciona de manera minoritaria para finalizar el procedimiento, pero también se señala que se busca discontinuar su uso.

Un grupo menor de profesionales indica conocer y utilizar otras técnicas quirúrgicas para segundo trimestre avanzado, ya sea por falla de la medicación o por los antecedentes de la persona (cesáreas previas, por ejemplo). De manera excepcional, algunos mencionan la utilización de la técnica de dilatación y evacuación.

Causales

Respecto del acceso al aborto por causales en segundo trimestre, las/os entrevistadas/os mencionan que se aplican requisitos más estrictos que los que se utilizan en primer trimestre para determinar si la situación cabe dentro de una o más de las causales para la ILE. En particular, mencionan la dificultad que tienen para la aplicación de la causal salud integral, como si se exigiera a las personas una mayor legitimidad de las causas psicosociales, que pueden ser subvaloradas como situaciones de vulnerabilidad. Esto puede demorar el proceso de atención de manera significativa. En cambio, según los/as profesionales, no se ponen en discusión los criterios de riesgo físico, malformaciones o violación. En este sentido, cuanto mayor es la edad gestacional, más necesario es que el motivo de la interrupción se torne válido para los equipos.

“Si es un malformado, o corre riesgo la vida de la mujer, o es por violación, no lo dudamos. Pero hay otras causales que sí, lo evaluamos, lo charlamos acá, tomamos las decisiones.” [Tocoginecóloga, 44 años]

Límite de semanas

Si bien no existen límites a la edad gestacional en el Código Penal y en las normativas locales para realizar una ILE, algunos efectores establecen un número máximo de semanas, en base a diferentes criterios. Las/os entrevistadas/os mencionan 20 semanas o 500 gramos de peso fetal como el límite para la ILE. Se describen debates y reflexiones éticas, técnicas y de viabilidad institucional al interior de los equipos para establecer este límite. El malestar e incomodidad frente a la viabilidad fetal es una preocupación compartida. Varios/as entrevistados/as indican que el límite establecido responde sobre todo a un cuidado de sus equipos y a poder seguir garantizando la práctica de ILE, en el contexto previo a la legalización.

“Nuestros límites, dentro de lo que es el segundo trimestre, son las 20 semanas. El aborto del segundo trimestre es un aborto que pone en juego toda la maquinaria de un hospital, [...] la atención de enfermería, donde la mayoría son objetores, [...] a veces una consulta anestésica, [o] personal de quirófanos [...] ‘cuidar a los que cuidan’ sería la mejor manera de cuidar al equipo y no exponerlo a un desgaste que a lo único que llevaría es a limitar la posibilidad de seguir brindando el servicio.” [Tocoginecólogo, 52 años]

Sistematización de las barreras al acceso

Preguntamos a las/os profesionales por los factores que obstaculizan la implementación de servicios de aborto después de 13 SDG, tanto para ellas/os como para las personas que requieren atención. Categorizamos las barreras en tres grandes niveles: 1) Nivel de las políticas públicas; 2) Nivel de las instituciones de salud; y 3) Nivel subjetivo e interpersonal. Los resultados se resumen en la Tabla 1.

Algunos/as de los y las entrevistadas/os consideran que existe poca claridad y apoyo desde las políticas públicas, lo cual genera que no todos los efectores y profesionales garanticen el acceso a la ILE. Es necesario tener en cuenta que las entrevistas fueron realizadas con anterioridad a la sanción e implementación de la ley 27.610.

“Esa barrera también está relacionada, por ejemplo, con las idas y vueltas, con una política pública que parece que fuera favorable y de golpe... [...] Cada vez que hay un runrún, hay un retroceso.” [Ginecóloga, 55 años]

En segundo lugar, se mencionan barreras institucionales. La falta de apoyo a nivel institucional de directivos y/o jefes de servicio es referida por algunos/as entrevistadas/os como un obstáculo para la práctica. Esto se explica por sus posiciones personales o religiosas.

“Tenemos un jefe de servicio que es absolutamente obstaculizador, [...] tiene un doble estándar. Él dice, ‘Yo de esto no quiero saber nada, ocupate vos’. Pero, por otro lado, cuando había una situación del segundo trimestre yo le avisaba. Y él en el pase de sala, hacía una minicrisis [...] cosas que intimidan a los residentes.” [Tocoginecóloga, 45 años]

También se ubica como barrera la formación en las carreras de medicina, debido a la ausencia de una perspectiva de género y derechos.

“Hay una cuestión ya desde la formación, desde la Universidad [...] no hay una visión de género, no hay una visión de derechos y no hay una visión de interrupción de embarazo desde el punto de vista legal, y como responsabilidad del médico como funcionario público. Se gradúan pensando que hacen el juramento hipocrático que manda a no hacer abortos.” [Tocoginecólogo y generalista, 38 años]

También se identifica como barrera la sobrecarga de tareas, que genera desgaste emocional y saturación. Esta sobrecarga la atribuyen a dos factores: la que se da porque hay efectores que no realizan la práctica; y la interna de los servicios, en tanto no hay profesionales dedicados/as exclusivamente a garantizar el acceso, y deben sostener al mismo tiempo otros procesos de atención. Además, la práctica de ILE tiene una carga emocional importante para los entrevistadas/os, particularmente en los casos de segundo trimestre.

“No es lo único que hacemos, y al no ser lo único, a veces es como ver cómo hacés para poder hacer todo, hacerlo bien. [...] el *burn out* que genera al equipo trabajar, porque ¿Quién sostiene al equipo? [...] ¿Quién cuida a los que cuidan? Nadie. Arreglátelas. Uno es médico entonces vos te tenés que bancar todo, te tenés que bancar la histerectomía, el cáncer, el aborto, vos bancate todo, nadie te banca.” [Tocoginecóloga, 63 años]

Esto nos lleva a pensar en las barreras en términos subjetivos. Se mencionan barreras ligadas a los efectos de la estigmatización y la soledad que producen los prejuicios de las y los colegas. La referencia al estigma, de manera directa o indirecta, es un dato expresado por la totalidad de las/os entrevistadas/os. El sentimiento de soledad es preponderante en los relatos, junto con la sensación de “bancarse todo”.

“A veces son situaciones difíciles, y en especial con los propios compañeros de trabajo [...] hay muchas resistencias y sensaciones de ser prejuizado por los otros, [...] sos ‘el abortero’.” [Tocoginecólogo, 52 años]

“La barrera propia que tiene cada profesional, venimos de no mucho tiempo atrás, que el profesional ginecólogo que hacía interrupciones era penado, tenía mal concepto para el resto de los profesionales. [...] en muchos profesionales está aún, y es lo que imposibilita por ahí brindarle el acceso a la mujer.” [Tocoginecóloga, 44 años]

La experiencia de conformar equipos capacitados, y de tejer redes entre los equipos, es referida por algunos/as de los entrevistados/os como un aspecto que revierte la sensación de soledad. Se plantean mecanismos para revertir el estigma como un refuerzo positivo para los y las profesionales.

“El hecho de ser un grupo que tiene las mismas habilidades, [...] a veces hay casos complicados o nenas muy chiquitas, o situaciones psicológicas complicadas, y como que entonces nos potenciamos. ‘Vos hacés un AMEU, yo le hago el sostén psicológico’ [...]. yo una vez decía ‘Yo me di cuenta que estaba sola en esto del aborto cuando se capacitaron las otras chicas y empezaron ellas a hacerse cargo’.” [Tocoginecóloga, 63 años]

La edad gestacional también aparece como barrera para las/os profesionales. Por un lado, mencionan el marco jurídico en relación a la viabilidad fetal, y por otro, las emociones y aspectos ligados al impacto que produce.

“Se trata que cuando hay muchas cosas implicadas, vitalidad es un problema, [...] el marco jurídico es un problema, que a veces se contraponen por ejemplo en un feto.” [Ginecóloga, 55 años]

Con respecto de las barreras que los y las profesionales consideran que deben enfrentar las personas que solicitan un aborto, en primer lugar, se identifican aquellas ligadas a las políticas públicas. Se mencionan el marco legal y la ambigüedad del mismo, así como la no regulación de la objeción de conciencia, tolerada por los organismos gubernamentales.

“Culpables son las autoridades que permiten eso [la negativa a garantizar el aborto], y el poder político, hipócrita, que dice una cosa, ‘Aseguramos, aseguramos derechos’, y es mentira.” [Tocoginecólogo, 51 años]

En segundo lugar, se identifican barreras por parte del sistema de salud, que frecuentemente expulsa a las personas que la solicitan y les niega la práctica.

“Hay experiencias de los obstáculos... los relatos que son desesperantes, de ir a un consultorio privado y que te digan ‘No, no, acá no’. Ir a un centro de salud y que te digan ‘No, esto acá no se hace’. Acercarse a un hospital y entrar a un consultorio de un médico objetor.” [Tocoginecólogo, 58 años]

Una de las principales barreras planteadas es el acceso geográfico en tanto las personas se deben trasladar a lugares alejados pero receptivos, ante la falta de respuesta de los efectores cercanos a sus domicilios.

“Las mujeres llegan de localidades muy lejanas donde no encuentran ningún prestador que les facilite el acceso, [...] un lugar más cercano a su domicilio y accesible le niega la atención.” [Tocoginecólogo, 58 años]

También mencionan barreras subjetivas de las personas en torno al temor de estar haciendo algo que no es correcto, la vergüenza y el miedo a ser juzgadas, maltratadas y/o denunciadas, que se juegan particularmente en el aborto en segundo trimestre.

“Las mujeres sienten que están haciendo algo que no pueden, que no van a encontrar. Ellas ya saben que va a ser difícil encontrar, te lo dicen. Lo primero que agradecen es que las escuchen, que no las juzgues. [...] La decisión de la mujer es lo que está cuestionado, y cuanto más grande el embarazo, más.” [Ginecóloga, 55 años]

Tabla 1. Barreras al acceso al aborto después de las 13 SDG

| Para las/os profesionales | |
|--|---|
| Nivel de políticas públicas | - Poca claridad y apoyo desde las políticas públicas. - Marco jurídico en EG avanzada (viabilidad). |
| Nivel institucional | - Falta de apoyo institucional. - Falta de formación en carreras de medicina. - Sobrecarga de tareas por servicios y efectores que no garantizan el acceso. |
| Nivel subjetivo e interpersonal | - Carga emocional en casos avanzados. <i>Burn out</i> . - Estigmatización y soledad. |
| Para las personas que solicitan una ILE | |
| Nivel de políticas públicas | - Marco legal poco claro (pre-legalización). - No regulación de la objeción de conciencia |
| Nivel institucional | - Sistema de salud expulsivo (no garantiza). - Dificultades de acceso geográfico a los pocos efectores que garantizan. |
| Nivel subjetivo e interpersonal | - Vergüenza y temor al maltrato y a la denuncia. |

Discusión

Los resultados presentados permiten delinear un panorama de las condiciones institucionales y profesionales de acceso al aborto después de las 13 SDG en las instituciones y jurisdicciones donde se desempeñan las/os profesionales entrevistadas/os, al momento de

realización del estudio. Los testimonios indican que existe una variedad de situaciones en relación a los apoyos de las direcciones y jefaturas. Este panorama se explica, en parte, porque, al momento de realización de las entrevistas, la protocolización de la práctica no resultaba tan clara y presentaba importantes diferencias entre provincias y jurisdicciones (Asociación por los Derechos Civiles, 2015; Campaña por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito, 2020). La diversidad de normativas locales permitía además mayor o menor adhesión por parte de los organismos e instituciones locales, en función de las posiciones de las/os tomadores de decisión de los distintos niveles. Este aspecto es particularmente clave a la hora de evaluar los cambios a partir de la implementación de la ley 27.610.

Los testimonios de las/os profesionales también dan cuenta de las dificultades surgidas de la necesidad de internación de las personas que cursan embarazos de más de 13 SDG (OMS, 2012; Ipas, 2021). A diferencia de los abortos de primer trimestre, estos abortos exigen la intervención de profesionales de distintas disciplinas y áreas que no forman parte de los equipos de trabajo especializados. Esto puede generar, por un lado, malos tratos por parte de quienes se oponen a la práctica y, por otro, demoras para garantizar las mejores condiciones posibles de atención. Diversas investigaciones documentan violencia y malos tratos de profesionales de la salud en atención ginecológica y obstétrica, particularmente en servicios públicos de América Latina, hacia mujeres de sectores vulnerables (Castro, 2014; Sosa Sánchez, 2018; Avaria, 2018; Vallana Sala, 2019). Los testimonios citados, al igual que algunas investigaciones (Szulik y Zamberlin, 2020; Lima *et al.*, 2020), señalan que en el caso del aborto se juega un ensañamiento particular marcado por la estigmatización y los estereotipos hacia las personas que abortan, así como hacia las/os profesionales que llevan adelante la práctica. Un estudio realizado en El Salvador, Brasil, encuentra que en el segundo trimestre se constituye una idea de “persona” a partir de las imágenes ecográficas. Así, los discursos de las/os profesionales adquieren un tono moralizante y estigmatizado sobre el aborto, mayor que en los casos de primer trimestre, ejerciendo una violencia simbólica institucionalizada (Lima *et al.*, 2020).

Las técnicas recomendadas para el aborto luego de las 13 SDG son medicamentosas y quirúrgicas (OMS, 2012 y 2019). Sin embargo, el hecho de que la mifepristona no esté aun registrada en Argentina, hace que las/os profesionales utilicen tratamientos subestándares para el aborto con medicamentos, en relación a aquellos recomendados por la OMS (OMS; 2012; Ganatra, 2017). Adicionalmente, las/os profesionales también hacen referencia a la falta de capacitación en técnicas quirúrgicas adecuadas para el aborto después de las 13 SDG. La brecha entre las recomendaciones y las prácticas pone en evidencia la necesidad de

realizar capacitaciones y formaciones en técnicas de aborto en segundo trimestre, particularmente en segundo trimestre avanzado, así como de contar con los insumos necesarios para llevarlas a cabo.

Las/os profesionales describen un “embudo” en las causales de acceso: a medida que progresan las semanas de embarazo la mirada integral es más restrictiva y los motivos psicosociales son tenidos en cuenta en menor medida. Sin embargo, son las personas de los grupos sociales más vulnerables (adolescentes, personas de menor nivel educativo, mujeres víctimas de violencia) quienes requieren en mayor medida este tipo de interrupciones (Upadhyay, 2014; Saavedra-Avendano *et al.*, 2018). Por lo tanto, la restricción del acceso a medida que avanzan las semanas de gestación puede afectar justamente a aquellas personas que más lo necesitan. Esto coincide con estudios de otros países donde las/os profesionales se arrogan el derecho de permitir o negar el acceso a un aborto. En Nepal, un estudio indica que uno cada tres profesionales niegan el acceso al aborto legal porque considera que las razones esgrimidas son insuficientes (Puri *et al.*, 2018).

Si bien ni el Código Penal ni otras normativas locales establecen un límite para la realizar la ILE, las/os profesionales señalan que se establecen límites a partir del peso del feto o de la cantidad de SDG. Según los testimonios, el objetivo de establecer un límite es “cuidar” a los equipos, dado que la posibilidad de viabilidad fetal puede generar malestar y poner en peligro la continuidad del servicio brindado. La capacitación profesional en técnicas de aborto en embarazos avanzados podría revertir este panorama, al evitar las situaciones que causan mayor estrés entre las/os profesionales.

Los resultados de nuestra investigación indican que, según los/las profesionales, las personas que solicitan acceso a un aborto legal enfrentan una diversidad de barreras. Esto coincide con investigaciones llevadas a cabo en países donde el aborto está legalizado tanto por plazos (por voluntad de la persona hasta cierto plazo) (Baum, 2016; Jerman 2017; Moel-Mandel, 2017; López Gómez y Couto, 2017), como por causales (situaciones de no punibilidad) (Baum *et al.*, 2015; Brack *et al.*, 2017). En este sentido, si bien la experiencia muestra que la legalización del aborto modifica las condiciones de acceso, también sabemos que se trata de un derecho cuyo ejercicio enfrenta un sinnúmero de barreras. En embarazos de más de 13 SDG, las dificultades de accesibilidad, calidad y trato se intensifican (Baum *et al.*, 2015; Moel-Mandel, 2017; Puri *et al.*, 2018; Saavedra-Avendano *et al.*, 2018; Lima *et al.*, 2020). El análisis de las entrevistas destaca las barreras que deben enfrentar las personas que solicitan una ILE y las/os profesionales para acceder y proveer servicios de aborto en

segundo trimestre en tres niveles: nivel de las políticas públicas, nivel institucional y nivel subjetivo e interpersonal.

Con respecto a las políticas públicas, algunas investigaciones han demostrado que, a pesar de la legalidad del aborto por plazos o por causales, la falta de normativas específicas puede dificultar el acceso al aborto tanto en primer como en segundo trimestre. En el caso de Colombia, donde el aborto es legal por causales, se ha documentado que una interpretación restrictiva de la ley puede funcionar como obstáculo al acceso (González Vélez y Castro, 2016; Laza-Vásquez *et al.* 2019). En Estados Unidos, donde rige un sistema por plazos en la mayoría de los estados, las personas deben afrontar una serie de barreras ligadas a las restricciones que imponen algunos estados, límites en la edad gestacional, restricción del aborto con medicamentos y cierre de algunas clínicas (Baum, 2016; Jerman, 2017).

Las barreras institucionales identificadas en el presente estudio también son ampliamente mencionadas en la literatura. Tal como identifican las/os profesionales, una de las principales barreras que deben enfrentar las personas es el uso de la objeción de conciencia y la negativa de profesionales a realizar la práctica (Doran y Hornibrook, 2016; Laza-Vásquez *et al.* 2019; Ramón Michel y Ariza, 2019; Galli, 2020). En algunos casos, a pesar de la voluntad profesional, existe falta de capacitación (Culwell, 2013; Puri *et al.*, 2018; Martínez-Sánchez, 2019) o falta de conocimiento de la legislación (Madziyire, 2019). Un estado del arte realizado por López Gómez (2015) para América Latina y el Caribe indica que las/os profesionales con mayores conocimientos tienen más posibilidades de “tener actitudes positivas” hacia el aborto. En Argentina, profesionales de la provincia de Santa Fe mostraron importantes desconocimientos sobre la legislación vigente, así como niveles muy bajos de voluntad para practicar abortos en los casos contemplados por la ley, aspectos que podrían estar relacionados (Ramos *et al.*, 2014).

Con respecto a los factores individuales, los resultados coinciden con diversos estudios que documentan las barreras que enfrentan las personas debido al temor al maltrato, la vergüenza y la estigmatización (Baum, 2015; Doran y Hornibrook, 2016). El factor emocional en el caso de las/os profesionales, suele ser conceptualizado como estrés o “estigma internalizado” (Janiak, 2018), y en menor medida como una repercusión emocional (Martínez-Sánchez, 2019). Como mencionamos, en el aborto en segundo trimestre se magnifica el estigma, debido a la corporalidad que va ganando el feto y el sentimiento “antimaternal” que se adjudica a la persona que interrumpe un embarazo avanzado (Zamberlin, 2015; Lima *et al.*, 2020). Los/as profesionales que proveen estos servicios también son mayormente cuestionados/as y deslegitimados/as, lo cual les genera mayor estrés y agotamiento

(Zamberlin, 2015). Sin embargo, las/os profesionales entrevistadas/os despliegan una serie de estrategias para sobrellevar el estigma que resultan exitosas, como la conformación de equipos capacitados y el refuerzo positivo a las/os profesionales intervinientes. Estudios recientes indican que proveedores de aborto de Argentina han modificado y contrarrestado su percepción del estigma en torno al aborto a partir de integrar espacios con pares en los que prevalecen metas, ideas y objetivos comunes (Drovetta, 2018), y de la progresiva institucionalización de la práctica (Fernández Vázquez y Brown, 2019).

Los resultados presentados dan cuenta de un escenario complejo donde el acceso al aborto en general, y en segundo trimestre en particular, se encuentra en transición. Si bien las/os profesionales y las personas que solicitan un aborto deben enfrentar una serie de barreras, también, a diversos niveles, hay elementos que facilitan el acceso efectivo y mejoran la calidad de la provisión de abortos. Este cambio se debe no solo a la conformación de equipos sino también a otros mecanismos implementados para sobrellevar las barreras, a nivel de las políticas públicas locales y nacionales, las instituciones y equipos de salud, y la sociedad civil (redes y organizaciones sociales que promueven alianzas entre profesionales y difusión del derecho al aborto).

Fernández Vázquez (2017, 2018) describe que los espacios que garantizan el acceso a la ILE, particularmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires, surgen inicialmente a partir de prácticas no reguladas de los/as profesionales de la salud. Primero en el marco de consejerías pre y post, y posteriormente amparados/as en la ILE, son los y las profesionales quienes tienen la iniciativa de organizarse para garantizar el acceso a un derecho, desde los márgenes institucionales del sistema de salud. Se trata de *políticas públicas difusas* (Fernández Vázquez, 2017) caracterizadas por ser impulsadas por los equipos de salud y por la ausencia de políticas y programas definidos desde la política pública tradicional. La progresiva institucionalización es equivalente a desclandestinizar la práctica (Fernández Vázquez, 2018), proceso que, podemos suponer, se seguirá profundizando a partir de la implementación de la ley 27.610.

El presente estudio no pretende ser representativo de las jurisdicciones donde las/os profesionales desempeñan su actividad ni de la diversidad de situaciones de implementación en el país. De hecho, nos centramos en algunas de las jurisdicciones con mayores avances en el acceso al aborto después de las 13 SDG. Esto representa una limitación y exige que se profundicen los estudios sobre el acceso al aborto en segundo trimestre, con el fin de monitorear los efectos del cambio normativo, así como de abarcar otras regiones del país.

Conclusión

La reciente legalización del aborto vino a saldar una deuda histórica con la democracia, con el movimiento de mujeres y con los objetivos de salud pública que buscan garantizar un acceso equitativo, en términos de clase y de género, a los derechos básicos en salud. Con respecto a los efectores de salud, la normativa genera un campo de certidumbre para los/as profesionales que venían garantizando la práctica, los/as protege en términos cívico-legales y contribuye a sobrellevar las barreras al acceso al aborto. Sin embargo, en tanto la práctica sigue estando permitida por causales y no por la mera voluntad de la persona gestante, las barreras al aborto desde las 13 SDG de las que da cuenta este estudio, a nivel de las políticas públicas, de las instituciones y de factores subjetivo-simbólicos, podrían permanecer vigentes luego de la implementación de la ley.

Los resultados presentados permiten elaborar algunas recomendaciones clave para enfrentar las barreras de acceso al aborto después de las 13 SDG que, pese al marco legal actual, podrían persistir: 1) capacitar profesionales de la salud en el manejo del aborto después de 13 SDG, desde etapas tempranas de su formación (en aspectos técnicos, legales y sociales); 2) establecer, y fortalecer equipos de trabajo para la provisión de servicios de aborto después de 13 SDG; 3) garantizar la aprobación y el acceso a la mifepristona y a otras tecnologías acordes a las recomendaciones de la OMS; 4) ampliar y asegurar el acceso oportuno a los servicios de IVE en el primer trimestre, con el fin de reducir el número de abortos después de las 13 SDG; 5) desarrollar campañas de difusión y materiales de apoyo para divulgar información sobre IVE e ILE.

Para garantizar el acceso efectivo al aborto, particularmente después de las 13 SDG, se deben enfrentar las barreras existentes en los servicios de salud, de la mano de una decidida voluntad política y de una sociedad civil activa en su exigencia. Esperamos que los resultados del presente estudio contribuyan a garantizar la atención de los procesos de aborto en el segundo trimestre de gestación, de las personas que lo requieran, que son, generalmente, aquellas en mayores condiciones vulnerabilidad.

Referencias

Asociación por los Derechos Civiles. (2015) *Acceso al aborto no punible en Argentina: Estado de situación*. ADC. [Archivo PDF]. <http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/Informe%20ADC.%20Marzo%202015..pdf>

- Assefa, E.M. (2019). Knowledge, attitude and practice (KAP) of health providers towards safe abortion provision in Addis Ababa health centers. *BMC Women's Health*, 19(1), 138.
- Avaria, A. (2018). "El parto (no) es cuestión de mujeres". Representaciones de las mujeres nacionales, migrantes y extranjeras, en el contexto del parto, desde los profesionales de salud, en Santiago de Chile. *Revista Academia y Crítica*, 2(2).
- Baum, S., DePiñeres, T., Grossman, D. (2015, diciembre). Delays and barriers to care in Colombia among women obtaining legal first- and second-trimester abortion. *Int J Gynaecol Obstet*, 131(3), 285-8.
- Boletín Oficial de la República Argentina (2021). *Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Ley 27610. [Archivo PDF]. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>.
- Brack, C., Roach R. y Bernal, O. (2017). It's a Race Against the Clock: A Qualitative Analysis of Barriers to Legal Abortion in Bogotá, Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health*, 43(4), 173-182.
- Campaña por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito. (2020) Interrupción legal del embarazo. Regulación por jurisdicción [Archivo PDF]. <http://www.abortolegal.com.ar/wp-content/uploads/2020/07/ile-2020.pdf>.
- Culwell, K. R., y Hurwitz, M. (2013). Addressing Barriers to Safe Abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 121, 16-19.
- Doran, F., y Nancarrow, S. J. (2015) Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: a systematic review. *Fam Plann Reprod Health Care*, (41), 170–180.
- Dragoman, et al. (2014). Overview of abortion cases with severe maternal outcomes in the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: a descriptive analysis. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(Suppl 1), 25-31.
- Drovetta, R. (2018) Profesionales de la salud y el estigma del aborto en Argentina. El caso de la Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir. *Salud Problema*, 24, 12.
- Fernández Vázquez, S.S (2018). Políticas públicas de aborto en transición: de las consejerías pre y post aborto a las interrupciones legales del embarazo en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Rev Bio y Der*. 43, 145-160.

Cammarota, K., Romero, M. y Szwarc, L. **Barreras al acceso al aborto legal después de las 13 semanas de gestación: estudio cualitativo con profesionales de la salud en ciudades seleccionadas de Argentina.**

Fernández Vázquez, S.S. (2017). Políticas públicas difusas: la implementación de las consejerías pre y post aborto en Argentina. *Revista de investigaciones políticas y sociológicas*, 16(1), 87-98.

Fernández Vázquez, S.S. y Brown, J. (2019). From stigma to pride: health professionals and abortion policies in the Metropolitan Area of Buenos Aires. *Sex Reprod Health Matters*, 27(3), 65-74.

Frances, D. y Hornibrook., J. (2016). Barriers around Access to Abortion Experienced by Rural Women in New South Wales, Australia. *Rural and Remote Health*, 16(1), 35-38.

Galli B. (2020) Desafíos e oportunidades para o acesso ao aborto legal e seguro na América Latina a partir dos cenários do Brasil, da Argentina e do Uruguai. *Cad Saúde Pública*, 36(suppl 1), e00168419.

Ganatra, B., Gerds, C., Rossier, C., Johnson, Jr. B. R., Tunçalp, Ö., Assi, A., *et al.* (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*, 390(10110), 2372-2381.

González Vélez, A., y Castro, L. (2016) *Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. La mesa por la vida y la salud de las mujeres.* [Archivo PDF] <https://clacaidigital.info/handle/123456789/996>.

Grossman, D., Blanchard, K., y Blumenthal, P. (2008). Complications after Second Trimester Surgical and Medical Abortion. *Reproductive Health Matters*, 16(31 Supplement), 173–182.

Harries, J., y Constant, D. (2020). Providing safe abortion services: Experiences and perspectives of providers in South Africa. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 62, 79-89.

Ipas. (2021). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. ¿Quién tiene abortos a las 13 semanas o más de gestación?*. Ipas, <https://www.ipas.org/>.

Janiak, E. *et al.* (2018). Relationship of Job Role and Clinic Type to Perceived Stigma and Occupational Stress among Abortion Workers. *Contraception*, 98(6), 517-21.

Jerman, J., Frohwirth, L., Kavanaugh, M. y Blades, N. (2017). Barriers to Abortion Care and Their Consequences For Patients Traveling for Services: Qualitative Findings from Two States. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 49(2), 95-102.

Kapp, N. y Lohr, P.A. (2020). Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 63, 37-44.

- Kerns, J., Vanjani, R., Freedman, L., Meckstroth, K., Drey, E. A. y Steinauer, J. (2012). Women's decision making regarding choice of second trimester termination method for pregnancy complications. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 116(3), 244-248.
- Laza-Vásquez, C., Cerquera-Gallego, E.Y., Ferrer-Pérez, T. A., y Gutiérrez-Ocampos, Y. (2019). El aborto legal en Colombia: opiniones de un grupo de estudiantes de Enfermería. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 37(1).
- Lima, M.R.P., McCallum, C.A., y Menezes, G.M.S. (2020) A cena da ultrasonografia na atenção ao aborto: práticas e significados em uma maternidade pública em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 36(suppl 1), e00035618.
- López Gómez A. (2015) Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas de las/os profesionales de la salud. En: *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. CEDES.
- López Gómez, A. y Couto, M. (2017). Profesionales de la salud, resistencia y el cambio en la atención a mujeres que deciden abortar en Uruguay. *Descentrada*, 1(2), e021.
- Madziyire, M.G., Moore, A., Riley, T., Sully, E., y Chipato, T. (2019). Knowledge and attitudes towards abortion from health care providers and abortion experts in Zimbabwe: a cross sectional study. *Pan Afr Med J.*, 16(octubre) 34, 94.
- Martínez-Sánchez, J., Trujillo-Numa, L., Montoya-González, L., y Restrepo-Bernal, D.P. (2019) Actitudes, conocimientos y prácticas de internos de medicina frente a la interrupción voluntaria del embarazo en Medellín, Colombia. *Revista Médica de Risaralda*, 25(2), 97.
- Moel-Mandel, C., y Shelley, J. (2017) The Legal and Non-Legal Barriers to Abortion Access in Australia: A Review of the Evidence. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(2), 114-22.
- Okonofua, F., Shittu, F., Oronsaye, D., Ogunsakin, S., Ogbomwan, y Zayyan, M. (2005). Attitudes and practices of private medical providers towards family planning and abortion services in Nigeria. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(3), 270-280.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. OMS <https://bit.ly/3tTArUG>.

Cammarota, K., Romero, M. y Szwarc, L. **Barreras al acceso al aborto legal después de las 13 semanas de gestación: estudio cualitativo con profesionales de la salud en ciudades seleccionadas de Argentina.**

Organización Mundial de la Salud (2019). *Tratamiento médico del aborto*. OMS, <https://bit.ly/3rMaKmV>.

Ortiz, G. (2020). *Guía técnica: Atención integral del aborto en menores de 15 años*. CLACAI, <https://clacaidigital.info/handle/123456789/1333>.

Puri, M.C., Raifman, S., Khanal, B., Maharjan, D.C., y Foster, D.G. (2018). Providers' perspectives on denial of abortion care in Nepal: a cross sectional study. *Reproductive Health*, 15(1),170.

Ramón Michel, A. y Ariza Navarrete, S. (2019). Usos imprevistos y respuestas a la objeción de conciencia en el aborto legal. Buenos Aires: REDAAS & Ipas. (10). <http://www.redaas.org.ar/recurso.php?r=530>.

Ramos S., Romero M., Ariza Navarrete S., y Tiseyra, M.V. (2020) *Lineamientos para diseño de protocolo de atención de niñas y adolescentes menores de 15 años con embarazo no intencional*. CLACAI, <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1338>.

Ramos, S. Romero, M. y Ramón Michel, A. (2014). Health care providers opinions on abortion: a study for the implementation of the legal abortion public policy in the Province of Santa Fe, Argentina. *Reproductive Health*, 11(72).

Romero, M., Gomez Ponce de Leon, R., Baccaro LF, *et al.* (2021) Abortion-related morbidity in six Latin American and Caribbean countries: findings of the WHO/HRP multi-country survey on abortion (MCS-A). *BMJ Global Health*, e005618. doi:10.1136/bmjgh-2021-005618.

Saavedra-Avendano, B., Schiavon, R., Sanhueza, P., Rios-Polanco, R., Garcia-Martinez L., y Darney, B.G. (2018, 7 de febrero). Who presents past the gestational age limit for first trimester abortion in the public sector in Mexico City? *PLoS ONE*, 13(2), e0192547.

Sosa Sánchez, I. A. (2018). Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva. *Alteridades*, 28(55), 87-98.

Szulik, D., y Zamberlin, N. (2020). La legalidad oculta: Percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud. *Sex., Salud Soc.* (34).

Upadhyay, U. D., Weitz, T. A., Jones, R. K., Barar, R. E. y Foster, D. G. (2014). Denial of abortion because of provider gestational age limits in the United States. *American journal of public health*, 104(9), 1687–1694.

Vallana Sala, V.V. (2019). “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: Análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 17, 128-144.

Zamberlin N. (2015) El estigma asociado al aborto como objeto de estudio: Los primeros pasos en América Latina. En: *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. CEDES.