



Barreras de acceso al aborto legal en el sistema público de salud de dos jurisdicciones de Argentina: Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019-2020

Barriers in access to legal abortion in the public health system in two Argentine jurisdictions: Rosario and Autonomous City of Buenos Aires, 2019-2020

María Victoria Tiseyra¹, Mercedes Vila Ortiz², Mariana Romero³, Edgardo Abalos⁴, Silvina Ramos⁵

¹Autora de correspondencia

Magíster en Estudios de Género, Mujeres y Ciudadanía. Becaria Doctoral, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. Integrante, Centro de Estudios de Estado y Sociedad; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ✉ [id](#)

²Magíster en Estudios Culturales. Doctoranda, Instituto Karolinska, Estocolmo, Suecia. Investigadora, Centro Rosarino de Estudios Perinatales; Rosario, Argentina. ✉ [id](#)

³Postdoctoral fellow. Investigadora titular, Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Investigadora adjunta, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ✉ [id](#)

⁴Médico obstetra. Vicedirector e investigador en Salud Materna, Centro Rosarino de Estudios Perinatales. Jefe, Servicio de Obstetricia, Maternidad Martín, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario; Rosario, Argentina. ✉ [id](#)

⁵Socióloga. Asesora externa, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Nación. Directora, Diplomatura Virtual en Salud y Derechos Sexuales y América Latina, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Universidad ISALUD. Co-coordinadora, Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva de Argentina; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ✉ [id](#)

RESUMEN En las últimas décadas, en la Argentina sucedieron hechos determinantes en el contexto político y social con respecto al aborto, que culminaron con la aprobación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en diciembre de 2020. El objetivo de este artículo es explorar las principales barreras que enfrentaron las mujeres en el acceso al aborto legal en el sistema público de salud de dos jurisdicciones de Argentina, Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los años 2019 y 2020. A partir de una adaptación del modelo de las tres demoras, se realizaron encuestas y entrevistas semiestructuradas a 117 mujeres. Las participantes reportaron dificultades para acceder a información sobre lugares y personas donde recurrir para acceder un aborto. La mayoría de las participantes respondió que las personas gestantes no cuentan con información sobre la legalidad del aborto. Si bien la mayoría reportó haber tenido una buena experiencia con los servicios de salud, también identificaron algunas barreras administrativas e institucionales.

PALABRAS CLAVES Aborto; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Argentina.

ABSTRACT In recent decades, decisive events shaping the political and social context surrounding abortion in Argentina culminated in the passing of the Voluntary Termination of Pregnancy (IVE in Spanish) Law in December 2020. The objective of this article is to explore the main barriers to accessing legal abortions in the public health system faced by women during 2019 and 2020 in two Argentine jurisdictions, Rosario and the Autonomous City of Buenos Aires. Based on an adaptation of the “three phases of delay” framework, surveys and semi-structured interviews with 117 women were conducted. Study participants reported difficulties in accessing information about the places and people to turn to for abortions, and most stated that pregnant individuals lack information regarding their legality. Although the majority of interviewees reported positive experiences with health services, they also identified some administrative and institutional barriers.

KEY WORDS Abortion; Health Services Accessibility; Argentina.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la Argentina vivió un proceso de paulatina visibilización y legitimación del derecho al aborto, y de creciente exigibilidad a su acceso a través de las causales establecidas en el marco normativo vigente desde el año 1921. Muestra de estos avances fueron los sucesivos documentos y guías técnicas elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación desde el año 2007^(1,2,3), así como las normativas de distintas jurisdicciones para fijar las condiciones de acceso al aborto, según el Código Penal, la Corte Suprema de Justicia y los lineamientos técnicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la atención de un aborto seguro⁽⁴⁾.

En este contexto, al que se denominó “giro procedimental”⁽⁵⁾, se prescindía de autorizaciones judiciales como requisito previo para acceder a una interrupción legal del embarazo (ILE), y se avanzaba hacia el acceso al aborto legal por causales, aunque con desiguales realidades según las provincias.

A pesar de esta mayor apertura, aún persistían obstáculos y resistencias para garantizar el acceso a la ILE en los servicios de salud. Estas barreras incluían, por ejemplo, acciones judiciales contra los protocolos nacionales y provinciales o la imposición de límites a la provisión según criterios arbitrarios y voluntades de las autoridades sanitarias y/o de los equipos de salud⁽⁶⁾.

Otros procesos fueron confluyendo para permitir la ampliación progresiva del acceso al aborto. Por un lado, las experiencias sobre los modelos de atención en distintas jurisdicciones⁽⁷⁾; la difusión del aborto autogestionado impulsado por grupos de mujeres como Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto⁽⁸⁾ y el Socorrismo⁽⁹⁾; la conformación de redes de profesionales del sector público comprometidas con la garantía del derecho al aborto legal, como la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS) y la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir; y la aprobación de la comercialización del misoprostol para la inducción del aborto por parte del Ministerio de Salud de la Nación para su

venta con receta archivada en farmacias y su uso en servicios de salud públicos –disposición Nro. 6726/2018 de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT)–, así como la producción de misoprostol de 200 mcg por un laboratorio público.

Como parte de este proceso, en el año 2018, se produjo un cambio clave en el contexto político y social marcado por el primer debate sobre la despenalización y legalización del aborto en el Congreso de la Nación. Ese debate promovió la circulación de información y argumentos provenientes de la investigación jurídica, social y sanitaria a toda la sociedad⁽¹⁰⁾. Por otro lado, el movimiento feminista y de mujeres se instaló como actor clave en el escenario político y en el debate público, ocupando un lugar destacado en ámbitos hasta entonces ajenos al tema en los medios de comunicación y en la opinión pública. Asimismo, la movilización social convocó a amplios sectores de la sociedad a favor del cambio legal y amplió las bases del apoyo, convocando a la generación joven y a nuevos aliados en el mundo político convencional. Toda esta experiencia generó una contraofensiva por parte de los sectores conservadores, articulada alrededor de nuevos argumentos sanitarios, jurídicos y éticos, así como nuevas estrategias de incidencia y movilización social, y con un visible grado de organización⁽¹¹⁾.

La confluencia de estos cambios, junto a la continua demanda del movimiento de mujeres, culminó en la aprobación de la Ley No. 27610 de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (en adelante, IVE) en diciembre de 2020.

El nuevo escenario a partir de la ley demanda nuevas estrategias y argumentos que tomen en cuenta los obstáculos del acceso observados en el escenario anterior a la ley. En función de ello, el presente artículo se propone identificar las barreras que enfrentaron las personas gestantes para el acceso al aborto legal y seguro en el sistema público de salud en dos jurisdicciones del país, Rosario y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante los años 2019 y 2020. La selección de

las jurisdicciones se debe a que ambas cuentan con una larga trayectoria en políticas públicas de acceso a ILE previas a la sanción de la ley^(12,13,14,15).

Dado el proceso político que se vivió en la Argentina en estos últimos años, y particularmente el desenlace que a fines del año 2020 significó la legalización del aborto, los resultados de este estudio tienen como propósito ofrecer un diagnóstico de situación previo a la sanción de la ley, como una línea de base de las barreras de acceso al aborto. De esa forma, se pretende contribuir al seguimiento de la implementación de la política pública derivada de la Ley 27610 y proveer una investigación empírica que sirva de base para futuros estudios sobre el impacto de la ley.

MARCO CONCEPTUAL

Partiendo de las barreras identificadas en la literatura sobre aborto^(16,17,18,19), adaptamos el modelo de las tres demoras⁽²⁰⁾ para abordar analíticamente los obstáculos que enfrentan las mujeres para acceder a un aborto legal. En este modelo, los factores que afectan el acceso a los servicios de salud se identifican cronológicamente según las etapas para acceder y hacer uso del servicio de salud de la siguiente manera:

- *Demora en decidir buscar atención:* depende de las oportunidades y capacidades de la mujer y su entorno para reconocer que enfrenta una necesidad de atención (puede ser una emergencia en este caso entendida como la potencial interrupción de un embarazo de forma insegura o la continuación de un embarazo no intencional de alto riesgo o producto de violencia) así como de la información de la que dispone acerca de dónde acudir.
- *Demora en identificar y acceder a un servicio de salud:* depende de los recursos simbólicos y materiales para superar la distancia al servicio de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte y el costo de los traslados.

- *Demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno:* depende de la disponibilidad de personal capacitado en la institución a la que se acude, la disponibilidad de medicamentos e insumos (tecnología) y de la infraestructura del servicio de salud.

Según este modelo, se entiende que el resultado de la búsqueda y atención de la salud no depende únicamente de la falta de recursos económicos o humanos de la persona que solicita la atención, sino de múltiples factores interrelacionados⁽²⁰⁾. Si consideramos que no acceder a un aborto seguro y legal en tiempo y forma expone a las mujeres a potenciales complicaciones de un embarazo o de un aborto en condiciones de riesgo, la posibilidad de actuar sobre las barreras/demoras puede ser clave.

Dentro de estas demoras, se consideraron los obstáculos y las barreras que enfrentan las mujeres que solicitan un aborto legal. Las barreras pueden clasificarse en cinco tipos:

- 1) Factores personales e interpersonales: falta de información sobre las causales y sobre cómo acceder a los servicios donde se realiza el aborto y sobre el marco legal; reconocimiento tardío del embarazo; falta de apoyo del entorno o pareja; aspectos emocionales.
- 2) Factores logísticos: distancia, movilidad y accesibilidad; dificultades para abandonar tareas del hogar y de trabajo formal.
- 3) Factores sociales: estigma relacionado al aborto; presión social del entorno.
- 4) Factores del sistema de salud: límites de acceso por la edad gestacional por falta servicios; límites en la edad gestacional establecidos por leyes o normas; procesos de derivación escasos o deficientes; escasa disponibilidad de los servicios (en general, pero particularmente en segundo trimestre); opciones clínicas limitadas; malos tratos por parte del personal de salud.
- 5) Factores estructurales: límites y restricciones normativas –edad gestacional, exigencias de plazos de espera–; costos del procedimiento; costos del traslado al establecimiento; falta de cobertura de salud.

Complementariamente, diversos estudios que analizan las razones que llevan a las personas a solicitar servicios de aborto por fuera del sistema de salud formal (en el sistema comunitario) señalan también la existencia de barreras institucionales^(21,22). Estas barreras incluyen situaciones como la demora en el acceso al servicio de aborto (esperas de hasta varias semanas), una mala experiencia previa, actitudes críticas de los proveedores de salud⁽²¹⁾, demoras causadas por la indicación de estudios diversos⁽²²⁾, entre otras.

Cabe aclarar que, si bien el marco referencial sobre barreras considera la falta de información como una *barrera personal*, esto no implica que esa falta de información deba ser considerada como una responsabilidad individual, pues garantizar un efectivo acceso a la información en materia de salud sexual y reproductiva es una responsabilidad de la política sanitaria.

METODOLOGÍA

Diseño y muestra

Se trató de un estudio exploratorio que buscó identificar las barreras que enfrentaron las personas gestantes para acceder a un aborto legal en dos jurisdicciones de Argentina: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la ciudad de Rosario. La recolección de información se realizó a través de encuestas y entrevistas semiestructuradas.

Se utilizó una muestra no probabilística de personas con capacidad de gestar que accedieron a un aborto legal por causales, entre el 1 de julio de 2019 y el 31 marzo de 2020, en cinco servicios de salud pública: el Hospital Álvarez y el Centro de Salud y Acción Comunitario No. 34 (CESAC 34) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR), la Maternidad Martín y el Hospital Roque Sáenz Peña de la ciudad de Rosario. Las personas fueron invitadas a participar del estudio por las y los profesionales de la salud de las instituciones participantes con el fin de preservar el secreto profesional

y la confidencialidad. Si la persona aceptaba participar, era contactada por una entrevistadora o encuestadora del equipo, que aplicaba el proceso de consentimiento informado para participar del estudio. Luego de la obtención del consentimiento, se procedía a realizar la encuesta o la entrevista semiestructurada.

Se partió de una muestra inicial de 191 mujeres que manifestaron su voluntad de participar en el estudio. Luego de ser contactadas por una integrante del equipo de investigación, 117 mujeres (61%) aceptaron efectivamente participar del estudio. Las principales razones para cambiar de opinión entre el primer y el segundo contacto se vincularon con la falta de privacidad, las dificultades para disponer de tiempo para realizar la entrevista, debido a la sobrecarga de tareas del hogar y de cuidado, y las emociones que producía el relato de sus experiencias de aborto (ver Figura 1). Para asignar las mujeres a los grupos, para las entrevistas se privilegió la edad gestacional (13 semanas o más) de manera de tener suficiente cantidad de participantes en este grupo. Cubierto este requerimiento, se procedió a realizar entrevistas a un grupo y encuestas a otro grupo hasta agotar la lista de contactos disponibles.

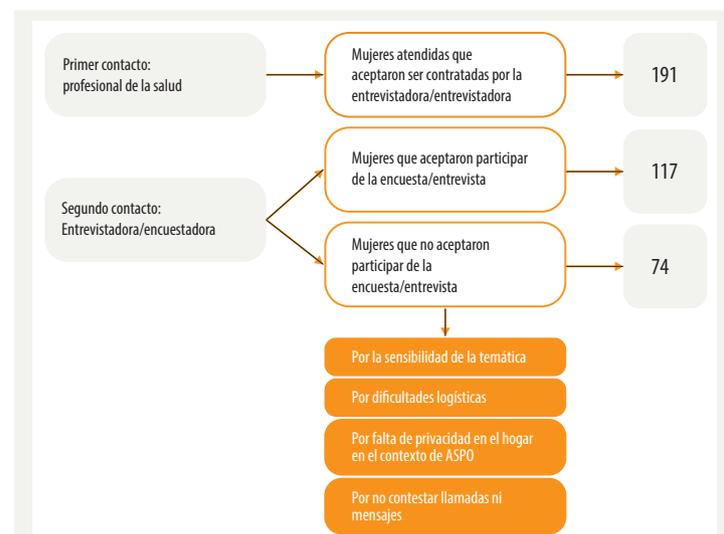


Figura 1. Organización de los contactos y la muestra, Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019-2020

Fuente: Elaboración propia.

Las entrevistas y encuestas fueron realizadas telefónicamente, dadas las restricciones a la movilidad impuestas por el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO) impuesto por la pandemia COVID-19. Se entiende que este contexto también pudo haber contribuido a la reducción del número de personas dispuestas a participar.

Con relación a la utilización de entrevistas telefónicas, algunas mujeres se pueden sentir más cómodas en una entrevista de este tipo que en una personal, sobre todo ante temas sensibles como el aborto. Esta afirmación se basa en experiencias previas del equipo⁽²³⁾.

Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos se organizaron alrededor de las dimensiones vinculadas con las barreras de acceso a un aborto legal, modelizadas a partir de una adaptación del modelo de las tres demoras⁽²⁰⁾ desarrollado con más detalle en la sección sobre el marco conceptual.

Los instrumentos de recolección de datos fueron la encuesta y la entrevista semiestructurada. Para la encuesta se elaboraron 92 preguntas, 83 con respuestas prefijadas y nueve abiertas, organizadas en ocho bloques: datos sociodemográficos, información sobre el último embarazo que llevó al aborto, el proceso seguido para interrumpir el embarazo, la primera consulta, la experiencia en el sistema de salud público o comunitario, y un último bloque sobre la opinión y percepción de las mujeres respecto a las barreras existentes en la sociedad para acceder a un aborto. Algunos de los bloques se excluían mutuamente dependiendo el camino recorrido por la participante (primera consulta en el sistema público, privado o comunitario).

En cuanto a la entrevista semiestructurada, su elección se debe a que es un tipo de entrevista guiada pero flexible en la que el entrevistador lidera la conversación con preguntas y repreguntas y el entrevistado responde explayándose y utilizando sus propias palabras⁽²⁴⁾. Para la entrevista, se elaboró una guía de preguntas abiertas, repreguntas y sondeos para la recolección de información

cualitativa relativa a las mismas dimensiones descritas para la encuesta. Los dos instrumentos fueron testeados previamente.

Análisis de los datos

Las encuestas fueron editadas en papel para resolver inconsistencias. Luego se procedió a la carga en una base de datos de Excel para su posterior procesamiento estadístico. Las entrevistas semiestructuradas fueron desgrabadas y transcritas. La reducción de información se realizó según los bloques temáticos y dimensiones del instrumento. Se utilizó una planilla Excel para cargar la información donde se volcaron los *verbatim* de las entrevistadas para cada dimensión. Las dimensiones y temas utilizados para analizar la información, así como las categorías construidas inductivamente fueron discutidas por el grupo de investigación a fin de acordar su definición operativa y la forma de utilizarlas para analizar los datos.

El material relevado fue guardado electrónicamente, con acceso limitado al equipo de investigación. Las versiones en papel fueron guardadas en un lugar seguro al que solo puede acceder el equipo de investigación.

Limitaciones del estudio

En cuanto a las limitaciones del estudio señalamos que, si bien la selección de la muestra se realizó en un momento previo a la legalización del aborto (diciembre 2020), las personas entrevistadas y encuestadas estuvieron expuestas a un entorno social y político en el cual la temática del aborto cobró relevancia en la agenda pública, especialmente, a partir del primer debate legislativo en 2018. Este contexto pudo haber afectado la percepción de los sujetos entrevistados de esta investigación respecto de las barreras de acceso, como así también de su derecho a acceder a un aborto. Por ello, los resultados que se presentan deben ser leídos teniendo en cuenta el escenario social y político de esos años,

intensamente impregnado de la discusión pública sobre el aborto.

Otra limitación para considerar es que la muestra está compuesta por mujeres que lograron acceder a la ILE. Por lo tanto, podrían existir barreras en las mujeres que no accedieron a una ILE, que no logramos identificar con este estudio. Lo mismo puede señalarse respecto a las mujeres que no accedieron a participar de la encuesta ni de la entrevista, que podrían dar cuenta de diversas experiencias y barreras no contempladas en el presente estudio.

Aspectos éticos

Todas las mujeres participantes aceptaron los términos del consentimiento informado para participar. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética Independiente del Centro Rosarino de Estudios Perinatales, el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario y de los Comités de Docencia de las instituciones de salud participantes.

Con el propósito de resguardar la identidad de las mujeres que participaron de la investigación, se utilizan nombres ficticios.

RESULTADOS

Para reportar los resultados utilizamos el término *mujeres* y no *personas gestantes* debido a que las personas entrevistadas se identificaron como mujeres cis. De este modo, no es la intención excluir a personas gestantes trans o no binarias, sino que el modo de referirse al grupo de entrevistadas y encuestadas responde a las características de la muestra.

Participaron del estudio 117 mujeres (23 entrevistas y 94 encuestas). Del total de las personas entrevistadas, 14 residían en Rosario y 9 en CABA, y 13 correspondieron a personas que tuvieron un aborto en el segundo trimestre. En la Tabla 1 se describe el perfil de ambas muestras.

Se observan diferencias en el perfil de entrevistadas y encuestadas (las entrevistadas tienen un nivel educativo más alto y en su mayoría no tienen hijos). Estas diferencias no pueden ser explicadas por el tipo de efector al que concurrieron, ya que se realizaron tanto entrevistas como encuestas en todas las instituciones participantes. El muestreo no probabilístico y la autoselección para participar en el estudio podrían explicar algunas de las diferencias observadas.

Primera demora

En el camino de las mujeres para realizarse un aborto intervienen aspectos subjetivos y sociales directamente vinculados a la persona, pero también a factores institucionales. En el camino de acceso a un aborto, tomar en cuenta los recursos personales y los propios del sistema de salud es fundamental para comprender los obstáculos –y consecuentemente los *retrasos*– que enfrentaron las mujeres en el acceso a un aborto. Al inicio, las demoras en reconocer el estado de embarazo debido a irregularidades en el ciclo menstrual, la negación de la situación de embarazo o la ausencia de un diagnóstico adecuado de embarazo de parte de profesionales de la salud fueron algunos de los factores que generaron retrasos para comenzar la búsqueda de atención. Una vez confirmado el embarazo, 6 de cada 10 mujeres encuestadas y entrevistadas refirieron a aspectos emocionales como angustia, temor e incertidumbre sobre qué hacer, como factores presentes en esa etapa del proceso:

El día que me enteré... se me terminó el mundo ahí. (Julia, 41 años, Rosario)

Casi la mitad de las mujeres encuestadas (48,7%) indicó que no sabía a dónde podía ir o a quién recurrir para hacerse un aborto. Las mujeres entrevistadas no solo no sabían dónde acudir para solicitar servicios de aborto, sino que en muchos casos tampoco contaban con información sobre la legalidad de la interrupción del embarazo:

Tabla 1. Perfil de las mujeres participantes, Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina (2019-2020).

Características	Mujeres entrevistadas (n=23)		Mujeres encuestadas (n=94)	
	n	%	n	%
Nivel educativo				
Primario completo / incompleto	2	8,7	3	3,2
Secundario completo/incompleto	5	21,7	48	51,1
Terciario completo/incompleto	2	8,7	17	18,1
Universitario completo/incompleto	13	56,5	26	27,7
Ns/Nc	1	4,3	0	0,0
Estado Civil				
Soltera/sin pareja	15	65,2	50	53,2
Unida/casada	5	21,7	42	44,7
Separada/divorciada	2	8,7	2	2,1
No sabe/No contesta	1	4,3	0	0,0
Situación Laboral				
Realiza algún tipo de actividad por el cual recibe un pago y son las principales aportantes	18	78,3	73	77,7
No tiene trabajo	5	21,7	21	22,3
Plan Social				
No recibe ningún plan social (ni ellas ni su grupo de convivencia)	19	82,6	67	71,3
Sí, Asignación Universal por Hijo	4	17,4	17	18,1
Sí, otros planes	0	0,0	10	10,6
Cantidad de hijos/as				
Sin hijos/as	13	56,5	37	39,4
Tiene 1 hijo/a	3	13,0	33	35,1
Tiene 2 hijos/as	4	17,4	16	17,0
Tiene de 3 a 6 hijos/as	3	13,0	8	8,5

Fuente: Elaboración propia.

Yo en ese momento que fui a hacerme... a averiguar esto, no sabía que existía lo que es el ILE. Tuve que empezar... después empecé a hurgar, a buscar por Internet y ahí fue cuando vi que existía el ILE, porque yo no lo sabía. (Bárbara, 32 años, CABA)

Estos testimonios se condicen con la opinión de las encuestadas: el 60% manifestó que casi ninguna mujer sabe cuándo un aborto es legal.

Las amigas fueron la fuente principal de información sobre dónde acudir para hacerse un aborto (4 de cada 10 mujeres

encuestadas), seguidas por las instituciones de salud (3 de cada 10 mujeres). Internet (1 de cada 10) y familiares (1 de cada 10) fueron fuentes menos utilizadas.

A pesar de no suponer retrasos significativos –la mediana de semanas de gestación al momento de decidir el aborto fue de 7 semanas–, 5 de cada 10 encuestadas refirieron que la decisión de abortar les resultó difícil. Los testimonios de las entrevistadas coincidieron en este punto:

Creo que no es una decisión fácil o algo por lo que todas queremos pasar, nadie

quiere pasar por eso. (María, 21 años, Rosario)

Estas dificultades se vinculan con la percepción que tienen las mujeres sobre sus oportunidades de acceder a un aborto: 7 de cada 10 refirieron que, una vez tomada la decisión, el acceso a un aborto iba a resultarles un poco o muy difícil.

La verdad que pensé que me iba a costar un montón, que no lo iba a poder hacer. (Julieta, 20 años, Rosario)

Las entrevistadas vincularon esta dificultad con la falta de conocimiento sobre la legalidad y sobre lugares donde acudir, pero también con algunas *barreras sociales*. Estas incluyeron la falta de apoyo del entorno familiar, situaciones de violencia de género y la persistencia del estigma del aborto:

Es un tema tabú todavía, digamos [...] Yo no quisiera ni siquiera experimentar el qué me dirían mis viejos. (Florencia, 31 años, Rosario)

A pesar de estas dificultades, 9 de cada 10 encuestadas pudieron hablar del aborto con alguien y 8 de cada 10 recibieron apoyo en su toma de decisión. La mayoría de las encuestadas no comentaron el tema con sus padres, pero sí con sus parejas y/o amigos. Los testimonios de las entrevistadas muestran que las personas con quienes compartieron la decisión eran personas cercanas y de confianza:

Bueno, tengo una amiga que ella es súper feminista y apoya todo esto, es psicóloga, y yo sabía que ella me iba a... y la llamé, yo me enteré el sábado y el domingo la llamé, y ella fue quien me acompañó en todo este camino que hicimos, porque la verdad que lo hicimos juntas. (Julia, 41 años, Rosario)

Además de los aspectos personales, subjetivos y sociales señalados, interesa destacar las barreras del sistema de salud. Algunos de los obstáculos identificados por las mujeres

se enmarcan en *barreras de tipo institucional*: las mujeres mencionaron que, con motivo de realizarse un estudio o ecografía para confirmar el embarazo y determinar la edad gestacional, vivieron situaciones de violencia simbólica por parte de personal de salud, así como también demoras en la atención por escasa disponibilidad de turnos. Estas situaciones inciden en la emocionalidad de las mujeres e implican retrasos en el acceso al aborto en un tiempo oportuno. Algunas entrevistadas señalan:

Ese fue como el único obstáculo que tuve que la ginecóloga como que me insistía demasiado en que yo lo piense y lo piense. (Julieta, 20 años, Rosario)

Digamos, cuando yo salí de hacerme la ecografía la pasé muy mal porque la "ecógrafa" [sic] no fue muy buena profesional [...] me empieza a buscar y me dice: "Acá no hay ningún DIU". No me lo dice de buena manera, digamos. Y ahí medio como que me gira la pantalla para mi lado y me dice: "es un embarazo superponible, está agarrado desde el óvulo derecho". Un montón de datos que me eran como insignificantes porque yo no iba en son de buscar un hijo, sino que iba más en el sentido de qué pasó con mi DIU. ¿Entendés? Y nada, cuando me fui medio como que me dijo: "mucho suerte en el embarazo". (Silvia, 25 años, CABA)

Segunda demora

Luego que las mujeres tomaron conocimiento del embarazo y decidieron buscar atención en el servicio de salud, se encontraron con distintas barreras que se sistematizan bajo la *segunda demora*. En esta etapa del proceso, al igual que en la primera, intervienen factores subjetivos y también institucionales.

Las *barreras personales* identificadas en la primera demora persistieron: la ansiedad, el temor y el miedo, se vincularon en esta etapa con no saber si se conseguiría un

servicio de salud para realizar el aborto. Al mismo tiempo, la falta de información sobre el estatus legal del aborto influyó la manera en que algunas personas se relacionaron con las instituciones a las que recurrían para preguntar por servicios de aborto:

Cuando fui, me daba como un poquito de pavor decir la palabra [...] porque, de hecho, a mí me habían dicho que consulte por ILE, y yo no sabía lo que era la sigla. Yo no sabía lo que significaba esa sigla y después me enteré lo que significaba. (Guadalupe, 27 años, CABA)

La interacción entre las mujeres y los servicios de salud también estuvo mediada por el temor de encontrar profesionales que estuvieran en contra del aborto o por miedos derivados de experiencias previas –propias o ajenas– de maltratos en servicios de salud privados o públicos. Cabe destacar que, por el contrario, algunas mujeres acudieron al servicio público para hacer una primera consulta precisamente por haber recibido buenos tratos en experiencias previas o por la recomendación de amigas y/o información proveniente de Internet, de lugares donde se realiza el procedimiento.

Las mujeres encuestadas, por su parte, indicaron haber tenido, en general, una buena experiencia con los servicios de salud pública en su primera consulta: el 71,3% indicó que les resultó fácil o muy fácil encontrar un lugar para realizarse un aborto y el 77,1% señaló que fue atendida durante la primera consulta. La mayoría accedió a una atención de calidad: 8 de 10 mujeres indicaron haber recibido información del aborto como derecho, 7 de 10 indicaron haber recibido información sobre métodos de aborto, 8 de 10 recibieron la información que esperaban o mejor, y 8 de 10 recibieron el trato que esperaban o mejor.

La información de las entrevistas permitió indagar, con mayor profundidad, la experiencia de las mujeres en los servicios de salud públicos e identificar algunos problemas que enfrentaron. Los relatos de las mujeres sugieren que, a pesar de tener buenas

experiencias, enfrentaron también *barreras administrativas e institucionales* que obstaculizaron la identificación y el acceso de un lugar de atención.

Las *barreras administrativas* incluyen sistemas de derivación deficientes e inadecuados, fallas en la cartelería y en la información brindada, no respeto por la confidencialidad del paciente y falta de lugares específicos para consultas y acceso a la ILE, tal como describen algunas de las entrevistadas:

Fuimos a un hospital público en el centro de la ciudad de Rosario y no... no, nos dijeron que ahí no se podía, bah, fuimos, qué sé yo, me mandaron después a algo de sexualidad, no me acuerdo bien a dónde, y nos dijeron que ahí no correspondía, que tenía que ser en otro distrito, o sea como que nos empezaron a vueltear, y yo sacando cuentas de los meses de atraso me doy cuenta de no, ya estoy de mucho, necesito solucionar esto ahora. (María, 21 años, Rosario)

El sanatorio tiene un montón de secciones, y no encontrábamos dónde estaba, había un montón de cola y demás. (Paula, 27 años, Rosario)

Y me decían: “si yo te doy un turno de acá a la fecha que tenemos una cama disponible, ya va a estar muy avanzado”, y por eso me dijeron: “probá en Capital o andá directamente a este hospital, y ahí seguro...”, no me dijeron seguro, pero: “capaz que consigas”. (Bárbara, 32 años, CABA)

...cuando fui a sacar el turno para la ecografía que sí es una ecografía [...] que estás parada en la fila donde hay un montón, mamás embarazadas con una panza terrible, y te dicen bueno, por ILE para acá, y vos... eso no... a mí me chocó. (Roxana, 39 años, Rosario)

Las barreras administrativas, en esta etapa, están vinculadas con la falta de disponibilidad y organización de los servicios (recursos

y turnos). Pero las experiencias de las entrevistadas con las instituciones públicas indica que también enfrentaron *barreras institucionales* ligadas a situaciones de malos tratos del personal de salud y/o administrativo, presunción del deseo de maternar y/o no respeto a su autonomía:

...en vez de hacerme las preguntas a mí, que yo era la persona, el cuerpo gestante, yo era la que estaba sintiendo todo, le empezaron a preguntar cosas a mi compañero [...] entonces en un momento lo detengo y le digo disculpe, pero él no es el que está... él es mi compañero [...] prácticamente siento que tengo un tumor adentro mío y que usted no me está escuchando como profesional de la salud, no me está atendiendo a mí, que soy la paciente. (Perla, 31 años, Rosario)

Por último, en la interacción con los servicios de salud también se identificaron *barreras logísticas*, relacionadas con la distancia geográfica para llegar a las instituciones que proveían servicios de aborto y a las dificultades para conciliar los horarios de trabajo y de cuidado con los turnos disponibles. El 44,7% de las encuestadas señalaron haber tenido que dejar de hacer alguna tarea importante en su hogar o haber tenido que dejar el trabajo fuera de la casa para concurrir a la consulta y, dentro de este grupo, el 42,9% indicó que le resultó difícil o muy difícil hacerlo. Los relatos de las entrevistadas apuntan en el mismo sentido:

Mi organización, yo llevo a mi hijo para el lado de... yo vivo en el medio, en Baigorria, llevo a mi hijo que va a una escuela en Bermúdez, de ahí salgo hasta la zona suroeste de Rosario, así un montón de kilómetros hasta llegar a mi laburo y todo, era como que llegaba re... no kilómetros, digo, vueltas que uno da [...] yo había empezado a acomodar todo igual, por ejemplo, el día que tuve que hacerme el AMEU me pedí un imprevisto en el trabajo, y así. (Roxana, 39 años, Rosario)

Las experiencias de las mujeres entrevistadas también dan cuenta de sus dificultades para trasladarse a los servicios donde acceder a un aborto:

...a mí me queda mucho más cerca el hospital de Escobar, a mí... yo de mi casa al Hospital Álvarez tengo una hora cincuenta minutos más o menos, y acá de mi casa al hospital de Escobar tengo veinticinco minutos, y al hospital de Pacheco tengo treinta y cinco minutos, en un Uber o en un remis, entonces para mí era mucho más... si lo hacían acá era mucho más accesible, todo, pero no. (Rufina, 39 años, CABA)

Tercera demora

La tercera etapa refiere a la *demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno*, es decir, en acceder a una interrupción legal del embarazo con los estándares de calidad indicados por las normas que regulan esta prestación en la Argentina⁽³⁾. Tal como ha sido mencionado, para la presente investigación se ha tomado el denominado *modelo de las tres demoras*. Sin embargo, cabe aclarar que dicho modelo ha sido adaptado a fin de describir un fenómeno que no sigue el patrón de atención habitual. En el caso del aborto, la tercera demora incluye, muchas veces, tener que hacer varias visitas a las instituciones de salud, por ejemplo, para acceder a la ecografía previa a la realización aborto, para obtener la receta o pastillas en el caso del aborto con medicamentos o para realizarse el control posaborto.

En este sentido, la amplia mayoría de las encuestadas se realizó un aborto con medicamentos en su hogar, luego de recibir las pastillas en el hospital o centro de salud (72,3%) y el 30,9% lo realizó en el hospital, la mayoría con el método de AMEU.

Un factor que se observa a lo largo de todo el proceso, desde que la mujer sospecha que está embarazada hasta que se realiza un aborto, son los sentimientos de miedo, nervios y ansiedad, que en la tercera demora se

relacionan con posibles consecuencias negativas para su salud, tanto antes como durante el procedimiento. Esta continuidad es sintetizada por una de las entrevistadas:

Desde el primer día hasta el último estuve siempre como nerviosa, la verdad que era la único que pensaba, no podía pensar en otra cosa. (Guadalupe, 27 años, CABA)

Nuevamente, las *barreras personales* median la manera en que las mujeres se vincularon con el servicio de salud. A pesar de los sentimientos y temores, las entrevistadas destacaron la importancia de sentirse contenidas al estar supervisadas y acompañadas por las y los profesionales de la salud, en particular en aquellos casos en donde el aborto requirió internación:

Sí, obviamente estaba súper desbordada por la situación, pero bueno, sabía que ese era el camino que tenía que tomar, el camino correcto, que estaba en buenas manos, que iba a estar supervisada, que iba a estar controlada, que eran profesionales, que me iban a cuidar, que iban a priorizar mi vida ante todo. [...] Y fue como un alivio. (Julia, 41 años, Rosario)

Esta misma confianza en las y los profesionales de la salud también fue expresada por quienes realizaron el aborto en sus hogares aunque, en estas situaciones, el hecho de no contar con el apoyo de su entorno cercano durante el procedimiento fue señalada como una dificultad.

Los relatos de las mujeres dan cuenta de situaciones referidas a *barreras sociales* como el tabú y el silenciamiento del aborto, así como el temor a ser juzgadas:

No está bien visto y como que está oculto, y todo lo que está oculto no está bien visto, es como que... como que no te ayuda a sanar digamos, no te ayuda a poder expresarlo, sentirlo y compartirlo sanamente. (Micaela, 42 años, CABA)

Es una situación muy, muy fea, era sentir que la gente te miraba y te juzgaba, aunque vos estés muy segura de lo que estás haciendo, sentís que el otro te está juzgando, te está mirando y te está juzgando porque sabe lo que hiciste. (Vilma, 19 años, Rosario)

Las mujeres también mencionaron algunas *barreras institucionales* como situaciones de maltrato y comentarios misóginos por parte de profesionales de la salud:

De bajito, con una respuesta muy machista, degradante, en la cual me hizo sentir incómoda, porque... cuando él era la persona que me tenía que asistir [...] dijo con casi 39 años no se supo cuidar, y ya seis hijos, entonces... esta cosa es como que también, me puso algo incómoda. (Rufina, 39 años, CABA)

Adicionalmente, la falta de lugares adecuados para la realización del aborto (por ejemplo, lugares donde no se tuviera que compartir el espacio con mujeres embarazadas o parturientas) y *barreras administrativas* como la escasa disponibilidad de servicios, también fueron resaltados.

Al igual que las dos etapas anteriores, en la tercera demora también se identifican *barreras logísticas* vinculadas a las dificultades para abandonar las tareas de cuidado de hijos/as o de adultos mayores, de ausentarse del trabajo fuera del hogar o de conciliar horarios del servicio de salud con el trabajo formal, así como las distancias con el hospital o centro de salud:

Sí, porque hasta eso me acomodaron, [en el hospital], ese día porque yo esos días no estaba con mis hijos. (Julia, 41, Rosario)

Ya no podía faltar más al trabajo [ante un turno por control posaborto] porque ya había perdido presentismo, días de trabajo, o sea ya no me podían descontar más plata. (Candelaria, 26, CABA)

DISCUSIÓN

Este artículo se propuso dar cuenta de las barreras que enfrentaron las mujeres que buscaron realizarse un aborto en los servicios de salud del sector público en dos jurisdicciones de la Argentina, Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el año previo a la sanción de la Ley 27610. Para ello, utilizó una adaptación del modelo de las tres demoras, que presenta tanto ventajas como desafíos. Algunas de las potencialidades del modelo, que viene siendo utilizado ampliamente en la literatura sobre mortalidad materna^(25,26,27,28), es que incorpora la dimensión temporal en el análisis de obstáculos para acceder al acceso de servicios de salud, permitiendo identificar momentos críticos del proceso. Por otro lado, existen algunos desafíos al adaptar este modelo a las particularidades del proceso de toma de decisión y de atención del aborto. Algunos obstáculos pueden “solaparse” entre demoras o ser difíciles de clasificar. Por ejemplo, las barreras en el acceso a la ecografía podrían ser parte de la primera demora (necesidad de confirmar el embarazo para tomar una decisión) o de la tercera (confirmación de edad gestacional para ofrecer el procedimiento adecuado).

Los obstáculos identificados en los resultados de esta investigación pueden ser leídos en línea con otros estudios locales, regionales e internacionales sobre el tema. En este sentido, un estudio anterior realizado por el equipo de investigación⁽²⁹⁾, en el que se utilizó el mismo instrumento de recolección de datos pero con una muestra diferente, permitió producir evidencia para informar el debate en el Congreso de la Nación Argentina en 2020 y en los medios de comunicación, y contribuyó a dar cuenta de las barreras de acceso al aborto aún en las situaciones permitidas por la ley y definir el horizonte de mejoras necesarias para garantizar el acceso al aborto en un tiempo oportuno y adecuado⁽²⁹⁾.

Tomando en cuenta este antecedente, el presente estudio arroja resultados que destacan la diversidad de experiencias de las mujeres en las instituciones de salud, en las que

accedieron a un servicio de aborto. Las participantes reportaron barreras con relación a la atención recibida en los servicios de salud; sin embargo, la mayoría afirmó haber tenido una experiencia positiva, una situación que concuerda con estudios realizados en Brasil, Argentina y México^(30,31,32). En línea con esta evaluación general positiva, en las entrevistas, las mujeres destacaron el acompañamiento de las y los profesionales de la salud durante el proceso y afirmaron haberse sentido más “seguras” realizando el procedimiento en un servicio de salud. Un estudio realizado en Argentina sobre el aborto médico ya había señalado que las mujeres valoran la seguridad de los abortos realizados en instituciones de salud⁽³¹⁾. En el presente estudio, la mayoría de las participantes encuestadas expresó haber tenido una buena experiencia con el sistema de salud público con relación a encontrar servicios, a la calidad de atención y a la información recibida. Estos datos sugieren una buena disposición de los profesionales de la salud para ofrecer información adecuada, aspecto que contribuye notablemente en la reducción de prácticas inseguras de abortos⁽³³⁾. Cabe aclarar que, este dato puede responder también al hecho de que, a diferencia de otras regiones, las jurisdicciones seleccionadas para este estudio cuentan con largas trayectorias en políticas públicas de acceso al aborto legal^(12,13,14,15).

Si bien se destacaron aspectos positivos, las participantes también mencionaron obstáculos relacionados con los servicios de salud. Estos pueden dividirse en dos tipos, siguiendo la clasificación utilizada por “La mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres” de Colombia⁽¹⁶⁾: los que tienen que ver con la actitud de los profesionales de la salud y los que tienen que ver con el nivel administrativo. Entre los primeros, algunas participantes reportaron malos tratos de las y los profesionales de la salud y falta de lugares específicos para la atención de IVE/ILE. Los malos tratos y los comentarios alusivos a la maternidad, así como la provisión de abortos en espacios compartidos con otras prácticas (por ejemplo, en salas de maternidad), afectan a las mujeres negativamente y contribuyen a

despertar sentimientos de culpa, arrepentimiento y malestar. Estos resultados coinciden ampliamente con la literatura producida en nuestra región. En Colombia, se han analizado las actitudes de los profesionales de la salud para impedir el acceso a abortos legales⁽¹⁷⁾ o para generar barreras y demoras sustantivas⁽¹⁸⁾. También se ha señalado la violencia que sufren las mujeres por parte del personal de salud para que cambien de opinión con relación a su decisión de abortar⁽¹⁶⁾, el malestar que genera la falta de cuidados por parte de los profesionales de la salud en servicios de provisión de abortos⁽³⁰⁾ y la necesidad de contar con un personal de salud más comprensivo⁽³²⁾. En Uruguay, estudios han señalado la necesidad de una formación integral de los profesionales de la salud que proveen servicios de aborto, ya que la capacitación en aspectos técnicos no garantiza de por sí una atención respetuosa frente al aborto^(34,35).

Con relación a los obstáculos administrativos, algunas mujeres reportaron un déficit en la provisión de información, la falta de disponibilidad de turnos y las dificultades para la derivación entre instituciones, entre otros. Estos resultados están alineados con los de estudios de otros países de América Latina que resaltan la existencia de retrasos injustificados en las prestaciones de servicios y las fallas en el sistema de referencia^(16,18), como así también la necesidad que expresan las mujeres de recibir información integral acerca de la práctica de aborto por parte del personal de salud⁽³²⁾.

Uno de los resultados a destacar fue la falta de información sobre el marco legal, una barrera reportada tanto en las encuestas como en las entrevistas. Este obstáculo es reportado en la literatura como un factor que incide en el acceso al aborto^(16,19,36). Sin embargo, la evidencia disponible en la región es aún escasa. Contar con evidencia acerca de la información y el conocimiento que las mujeres tienen sobre el marco legal es clave para comprender mejor la actitud y la disposición para buscar atención en los servicios de salud, así como para enfrentar las barreras de acceso. Asimismo, el conocimiento

sobre estos factores podría contribuir a diseñar y fortalecer estrategias de comunicación que brinden información apropiada al contexto para facilitar el acceso a un aborto y demandar una atención de calidad.

Los obstáculos de tipo logísticos, en particular lo referido al tiempo de viaje para acceder a un centro de salud o la imposibilidad de abandonar tareas laborales o de cuidado, también aparecieron como una barrera. Esto coincide con lo señalado en otros estudios de la región^(37,38) que hacen hincapié en las restricciones de las condiciones socioeconómicas como factores determinantes del acceso. Esto se suma a las dificultades de las mujeres para ausentarse del trabajo y conciliar los horarios de los turnos con el cuidado de sus hijos/as o personas a cargo, cuestión también reportada por otros estudios⁽¹⁸⁾.

La importancia de las amigas (en primer lugar) y de las instituciones de salud (en segundo lugar) como fuentes de información respecto de dónde acudir para realizar un aborto fue reportada tanto en las encuestas como en las entrevistas. Esto no constituye un hallazgo exclusivo de este estudio: las amigas han sido señaladas por la literatura como la fuente principal de obtención de información^(39,40). Sin embargo, es interesante observar que el intercambio de información entre amigas y la confianza que algunas de ellas depositaron en el sistema de salud, así como la exigencia y el mayor conocimiento de sus derechos ante las y los profesionales de salud que reportaron las participantes, podría estar dando cuenta de algunas aristas de este fenómeno que es preciso seguir indagando. Si bien la temática del aborto sigue siendo considerablemente sensible para las mujeres, ya que persiste el estigma o el silencio⁽⁴¹⁾, tal como también señalaron las participantes de este estudio, la mayor visibilidad social del tema podría constituir una ventana de oportunidad para delinear estrategias de cara a la implementación de la Ley 27610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), y contribuir a derribar las barreras sociales y el estigma que persisten en torno al aborto.

Cabe mencionar algunas limitaciones de este estudio. En primer lugar, la muestra está constituida solamente por las mujeres que efectivamente lograron acceder a una ILE en el sistema de salud. En este sentido, podrían existir otras barreras que no pudieron ser identificadas debido a las características de la muestra. En segundo lugar, entre quienes accedieron al sistema de salud, pero finalmente decidieron no participar del estudio, también podría haber experiencias y barreras diferentes que no logramos identificar.

Una de las fortalezas de este estudio es que provee información empírica y sistematizada sobre las barreras de acceso al aborto legal en dos jurisdicciones de Argentina, relevadas en un contexto de cambios sociales, políticos y legales significativos. Si bien la Argentina cuenta actualmente con una ley que garantiza el acceso a una interrupción voluntaria del embarazo, es esperable que aún persistan barreras de acceso, algunas de las cuales pueden ser similares a las reportadas en este estudio.

CONCLUSIÓN

Ante el nuevo contexto generado a partir de la sanción de la Ley 27610 y el consecuente cese de movilizaciones de diversos sectores de la sociedad civil y del debate público generado en los años precedentes, las barreras identificadas en el presente estudio se tornan más relevantes a la hora de seguir fortaleciendo el proceso de acceso al aborto en Argentina. Es importante, a su vez, interpretar

los hallazgos a la luz del contexto local. Las jurisdicciones seleccionadas para este estudio cuentan con una larga trayectoria en políticas públicas de acceso a la ILE, previas a la sanción de la ley. Esto podría explicar, al menos en parte, el hecho de que la mayoría de las participantes del estudio reportaran haber tenido una buena experiencia con los servicios de salud. A su vez, cabe destacar que algunas de las barreras más significativas aparecieron en la primera demora, antes de que las mujeres llegaran a las instituciones de salud. Entre estos obstáculos, se encuentran los sentimientos de angustia y temor, la falta de información sobre lugares donde recurrir y la falta de conocimiento sobre la legalidad del aborto.

La falta de información por parte de las mujeres respecto a la legalidad del aborto, aún en jurisdicciones donde se contaba con políticas públicas que garantizaban el acceso a una ILE, podría responder a la ausencia de campañas de comunicación emprendidas por parte de organismos oficiales. En este sentido, cabe preguntarse si estrategias de comunicación masivas o focalizadas podrían corregir esta situación y facilitar el acceso a una IVE o ILE.

De este modo, continuar produciendo información y evidencia sobre las barreras de acceso resulta imprescindible a fin de informar la implementación de la política pública derivada de la Ley 27610, teniendo en cuenta no solo las dificultades que las mujeres encuentran en los servicios de salud, sino también en las etapas anteriores del proceso, de tal forma de introducir correcciones allí donde y cuando sean detectadas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de las siguientes personas: Dr. Edgardo Abalos (CREP-Maternidad Martín), Dra. Florencia Aimo (Hospital Roque Saenz Peña), Dra. Paula Botta (CEMAR), Lic. Karina Cammarotta (CESAC N° 34), Dra. Gilda Diego (Hospital Gral. de Agudos Dr. Teodoro Álvarez), Anahí Farjé Neer (CONICET/ IIGG-UBA), Vanina Landra; Mirna Lucaccini (CONICET/ IIGG-UBA), Eva Panaro (IIGG-UBA), Marina Salomón y Martín Babino, encargado del procesamiento de datos cuantitativos.

FINANCIAMIENTO

El estudio titulado "Experiencias de mujeres sobre barreras de acceso al aborto legal en Argentina. Estudio descriptivo en Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires para informar la construcción de consensos para las políticas públicas", en el que se basa el presente artículo fue realizado con el apoyo de las Becas Salud Investiga a proyectos de Investigación 2019-2021, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Investigación en Salud.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener vínculos o compromisos que condicionen lo expresado en el texto y que puedan ser entendidos como conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN AUTORAL

Todos los autores contribuyeron a la conceptualización, el desarrollo metodológico, la organización del proyecto de investigación, la escritura del borrador original y el análisis formal. Mariana Romero, Silvina Ramos y Edgardo Avalos participaron principalmente en la obtención del financiamiento para el estudio, en la supervisión de la investigación, en la conceptualización y en la revisión y edición del manuscrito final. Mercedes Vila Ortiz y María Victoria Tiseyra participaron en todas las etapas de la investigación y en la escritura, revisión y edición del manuscrito final. Las cinco personas responsables de la autoría tuvieron acceso completo a los datos y aceptaron el manuscrito final y la responsabilidad de enviarlo para su publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio de Salud de la Nación. Guía técnica para la atención de los abortos no punibles [Internet]. 2010 [citado 4 abr 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/579v2rx>.
- Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la Atención Integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo [Internet]. 2015 [citado 4 abr 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2p89xv9z>.
- Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo: Actualización 2019 [Internet]. 2019 [citado 4 abr 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2s4y9r7a>.
- Gebruers C. El aborto legal en Argentina: la justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso "F.A.L." [Internet]. Buenos Aires: REDAAS; 2016 [citado 4 abr 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/bde5fat3>.
- Bergallo P. La lucha contra las normas informales que regulaban el aborto en Argentina. En: Cook R, Erdman J, Dickens B, (editores). El aborto en el derecho transnacional: Casos y controversias. México: Fondo de Cultura Económica; 2016.
- Hopp C. El caso "pro familia": militancias y resistencias en torno al aborto legal. *Derecho PCP*. 2009;63:95-138.
- Teppaz D. Las interrupciones legales de embarazos como práctica integrada en los servicios del sistema de salud [Internet]. Buenos Aires: REDAAS; 2016 [citado 4 abr 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/vcfvbyke>.
- Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto. Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo; 2012.
- Socorristas en Red. Sistematización de acompañamientos a abortar [Internet]. 2020 [citado 4 abr 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/3z8aautk>.
- Karstanje M, Ferrari N, Verón Z, Gherardi N, Romero M, Ramos M. De la clandestinidad al Congreso: Un análisis del debate legislativo sobre la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Argentina [Internet]. Buenos Aires: REDAAS; 2019 [citado 4 abr 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2s3hmv2h>.
- Karstanje M, Ferrari N, Verón Z. Posverdad y retrocesos. Un análisis de las estrategias discursivas de los grupos antiderechos en el debate legislativo sobre aborto en Argentina [Internet]. Buenos Aires: REDAAS; 2019 [citado 4 abr 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/4huzj7mv>.
- Fernández Vázquez S. 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. *Revista de Bioética y Derecho*. 2018;43:145-160.
- Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires: Situación y respuesta 2019 [Internet]. 2020 [citado 4 abr 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2p9sc5f6>.
- Romero M, Moisés S. El aborto en cifras [Internet]. Buenos Aires: REDAAS; 2020 [citado 4 abr 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2xzjhc7u>.
- Honorable Concejo Municipal de Rosario. Ordenanza No. 8.186 [Internet]. 2007 [citado 4 abr 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/4mbxm72u>.
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia [Internet]. 2016 [citado 4 abr 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/3hdfuwf>.
- DePiñeres T, Raifman S, Mora M, Villarreal C, Foster DG, Gerds C. 'I felt the world crash down on me': Women's experiences being denied legal abortion in Colombia. *Reproductive Health*. 2017;14(1):133.
- Baum S, DePiñeres T, Grossman D. Delays and barriers to care in Colombia among women obtaining legal first- and second-trimester abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2015;131(3):285-288.
- Erdman JN. Harm reduction, human rights, and access to information on safer abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2012;118:83-86.
- Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Sciences & Medicine*. 1994;38:1091-1110.
- Aiken ARA, Guthrie KA, Schellekens M, Trussell J, Gomperts R. Barriers to accessing abortion services and perspectives on using mifepristone and misoprostol at home in Great Britain. *Contraception*. 2018;97(2):177-183.
- Doran FM, Hornibrook J. Barriers around access to abortion experienced by rural women in New South Wales, Australia. *Rural Remote Health*. 2016;16(1):3538.

23. Ramos S, Romero M, Aizenberg L. Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina. *Reproductive Health Matters*. 2015;22(44 suppl 1):4-15.
24. Adams W. Conducting Semi-Structured Interviews. En: *Handbook of Practical Program Evaluation*. Hoboken: John Wiley & Sons; 2015.
25. Moran AC, Charlet D, Madhavan S, Aruldas K, Donaldson M, Manzi F, et al. Methodology for a mixed-methods multi-country study to assess recognition of and response to maternal and newborn illness. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2017;36(1):1-8.
26. Mgawadere F, Unkels R, Kazembe A, van den Broek N. Factors associated with maternal mortality in Malawi: application of the three delays model. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):219.
27. Mohammed MM, El Gelany S, Eladwy AR, Ali El, Gadelrab MT, Ibrahim EM, et al. A ten year analysis of maternal deaths in a tertiary hospital using the three delays model. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):585.
28. Maharjan N, Tuladhar H, Malla K, Tumbahangphe K, Budhathoki B, Karkee R, Shrestha JR, Merriel A, Manandhar DS. Maternal near miss analysis in three hospitals of Nepal: An assessment using three delays model. *Journal of Nepal Health Research Council*. 2021;19(2):264-269.
29. Ramos S, Romero M, Ramón Michel A, Tiseyra MV, Vila Ortiz M. Experiencias y obstáculos que enfrentan las mujeres en el acceso al aborto [Internet]. Buenos Aires: REDAAS; 2020 [citado 4 abr 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yc5ezcsf>.
30. Carneiro MF, Iriart JAB, Menezes GMS. "Left alone, but that's okay": paradoxes of the experience of women hospitalized due to induced abortion in Salvador, Bahia, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2013;17(45):405-418.
31. Zamberlin N, Romero M, Ramos S. Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. *Reproductive Health*. 2012;9:34.
32. Olavarrieta CD, Garcia SG, Arangure A, Cravioto V, Villalobos A, AbiSamra R, Roachat R, Becker D. Women's experiences of and perspectives on abortion at public facilities in Mexico City three years following decriminalization. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2012;118(Suppl 1):S15-S20.
33. Erdman JN. Harm reduction, human rights, and access to information on safer abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2012;118(1):83-86.
34. López Gómez A. Profesionales de la salud y aborto: Posibilidades y resistencias a la incorporación del enfoque de derechos en las prácticas de las/os profesionales de la salud. En: Ramos S, (comp). *Investigación sobre aborto en América Latina*. Buenos Aires: CLACAI, CEDES; 2015.
35. López Gómez A, Couto M. Profesionales de la salud, resistencia y el cambio en la atención a mujeres que deciden abortar en Uruguay. *Descentrada, Revista Interdisciplinaria de Feminismos y género*. 2017;1(2):e021.
36. Ramos S. Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe: Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo). *Estudios Demográficos y Urbanos*. 2016;31(3):833-860.
37. Friedman J, Saavedra-Avendaño B, Schiavon R, Alexander L, Sanhueza P, Rios-Polanco R, et al. Quantifying disparities in access to public-sector abortion based on legislative differences within the Mexico City Metropolitan Area. *Contraception*. 2019;99(3):160-164.
38. Becker D, Diaz-Olavarrieta C, Juarez C, Garcia SG, Sanhueza Smith P, Harper CC. Sociodemographic factors associated with obstacles to abortion care: findings from a survey of abortion patients in Mexico City. *Women's Health Issues*. 2011; 21(3):16-20.
39. Romero M, Gomez Ponce de Leon R, Baccaro LF, et al. 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*. 2021;6(8):e005618.
40. Ramos S, Romero M, Aizenberg L. Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina. *Reproductive Health Matters*. 2015;22(44):4-15.
41. Zamberlin N. 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*. Buenos Aires: CLACAI; 2015.

FORMA DE CITAR

Tiseyra MV, Vila Ortiz M, Romero M, Abalos E, Ramos S. Barreras de acceso al aborto legal en el sistema público de salud de dos jurisdicciones de Argentina: Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019-2020. *Salud Colectiva*. 2022;18:e4059. doi: 10.18294/sc.2022.4059.

Recibido: 26 jul 2022 | Aprobado: 18 ago 2022 | Publicado en línea: 7 oct 2022



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0). Atribución — Se debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. Sin restricciones adicionales — No se pueden aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras personas a hacer cualquier uso permitido por la licencia.