

# Percepciones sobre el acceso a la ILE en provincias del Centro y Norte de Argentina durante 2020

## Perceptions on ILE's access in North and Center argentinian provinces during 2020

**Lila Aizenberg** | ORCID: [orcid.org/0000-0001-5277-9990](https://orcid.org/0000-0001-5277-9990)  
[lila.aizenberg@gmail.com](mailto:lila.aizenberg@gmail.com)

**Hugo Rabbia** | ORCID: [orcid.org/0000-0001-9241-5155](https://orcid.org/0000-0001-9241-5155)  
[hrabbia@conicet.gov.ar](mailto:hrabbia@conicet.gov.ar)

**María Cecilia Johnson** | ORCID: [orcid.org/0000-0002-5102-2504](https://orcid.org/0000-0002-5102-2504)  
[cecilia.johnson@unc.edu.ar](mailto:cecilia.johnson@unc.edu.ar)

**Daniela Alonso** | ORCID: [orcid.org/0000-0003-2080-9571](https://orcid.org/0000-0003-2080-9571)  
[dalonso@unc.edu.ar](mailto:dalonso@unc.edu.ar)

**Lorena Saletti-Cuesta** | ORCID: [orcid.org/0000-0002-0989-4093](https://orcid.org/0000-0002-0989-4093)  
[lorenasaletti@unc.edu.ar](mailto:lorenasaletti@unc.edu.ar)

CONICET  
**Argentina**

*Recibido: 23/2/2022*

*Aceptado: 22/2/2023*

### Resumen

Este estudio se sitúa en la región centro y noroeste de Argentina durante el 2020, escenario previo a la legalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Mediante un abordaje cuantitativo, el estudio pretende analizar el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Se abordan las barreras objetivas y subjetivas desde las percepciones, experiencias y conocimientos en torno al aborto. Los resultados dan cuenta de una implementación desigual de la ILE en el territorio argentino. La encuestadas perciben que el aborto es una práctica de difícil acceso, apuntando a un conjunto de obstáculos tanto institucionales -vinculados principalmente a su disponibilidad en el sistema de salud- como subjetivos, que se corresponden principalmente con la estigmatización de la práctica. El ejercicio universal del derecho al aborto requiere de un análisis particular respecto a la inequidad que suscita la disponibilidad de servicios de calidad y las posibilidades de acceso en esta región del país.

**Palabras clave:** Aborto; Embarazo; Salud Pública; Accesibilidad.

### Abstract

This study is situated in the year 2020 in Argentina, in the country's central and northwest region (NW), the previous scenario to the legalization of the Voluntary Interruption Of Pregnancy (VIP). Through a quantitative study, this study aims to analyze de access to Legal Pregnancy Interruption. Objective and subjective barriers are adressed from the perceptions, experiences and knowledge surrounding abortion. The respondents perceive that abortion is a difficult-to-access practice, pointing to a set of institutional obstacles -mainly linked to its availability in the health system- and subjective obstacles, which correspond mainly to the stigmatization of the practice. The universal exercise to the right to abortion requires a thorough analysis of the inequities in the availability to a quality service and the differences in access to services in these country regions.

**Key words:** Abortion; Pregnancy; Public Health.

## Introducción

Situamos este estudio en Argentina, en la región centro y noroeste (NOA) del país, durante el año 2020, en lo que constituyó el escenario previo a la legalización de la **Interrupción Voluntaria Del Embarazo (IVE)**. Si bien en este contexto el aborto era legal en Argentina bajo el sistema de causales, la **Interrupción Legal del Embarazo (ILE)** se encontró con diversas barreras que se conformaron en obstáculos para su acceso (Ramón Michel, Ramos y Romero, 2013) las cuales se exploran en este trabajo. Se parte de comprender que los obstáculos para su acceso se manifiestan en las prácticas y percepciones de personas usuarias y profesionales del sistema de salud sobre el aborto. Asimismo, dichas barreras se conforman en un contexto patriarcal que permea las instituciones, las normativas y los discursos dominantes sobre los cuerpos de las mujeres y las personas gestantes como reproductoras y cuidadoras por naturaleza (Kumar, Hessini y Mitchell, 2009)

Previo a la legalización del aborto voluntario sancionada en diciembre del 2020, desde 1921, el Código Penal Argentino reconocía causales de no punibilidad para su acceso: riesgo para la vida o la salud de la mujer y embarazo producto de violación. No obstante, el acceso al aborto por causales ha encontrado serias dificultades, producto del desconocimiento de la legalidad por parte de las mujeres y de los profesionales de salud, el desinterés del Estado por aplicar la norma, la falta de lineamientos claros para bajar la práctica a nivel de los servicios y la objeción de conciencia individual e institucional del sector salud (Botero, Cárdenas y Zamberlin, 2020). Desde mediados de la década del 2000, distintos procesos legales e institucionales buscaron otorgar mayor claridad para acceder a la práctica de la interrupción legal del embarazo en el sistema público sanitario. Los procesos normativos se vehicularon principalmente desde el fallo de la **Corte Suprema de Justicia de la Nación** del año 2012<sup>1</sup>, a partir del cual el **Ministerio de Salud** desarrolló un protocolo para el acceso a ILE dirigido a profesionales para garantizar una atención de calidad en el marco legal vigente y desde una perspectiva integral de la salud. Junto con ello se instó a las provincias a

<sup>1</sup> La primera **Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles** data del año 2007 y en 2010 tuvo una revisión y actualización. El fallo F.A.L. (2012) fue importante hito en el reconocimiento de este derecho, cuando la **Corte Suprema de Justicia de la Nación** (CSJN) de Argentina, ordenó que se cumpla la ley para los casos de aborto no punible sin mediar su judicialización. En consecuencia, se creó un protocolo del Ministerio de Salud para la atención los casos de aborto no punible.

adherir a este protocolo nacional o a elaborar el propio; sin embargo, para diciembre de 2020, aún cinco provincias se encontraban en falta<sup>2</sup>. Cabe señalar que, entre las que no establecieron protocolos de atención, se encuentran algunas provincias del NOA, incluidas en el presente estudio.

En aquellas provincias donde se avanzó con estos protocolos de atención, a pesar del fallo de la Corte Suprema de Justicia y la existencia de guías técnicas claras y basadas en evidencia científica actualizada, las autoridades sanitarias y los servicios de salud han operado bajo una visión altamente restrictiva del concepto de riesgo para la salud, entendiéndolo en términos puramente biomédicos y de riesgo grave e inminente. Esto generó un escenario prácticamente de inaccesibilidad a la interrupción legal del embarazo en los servicios (Ramón Michel, Ramos y Romero, 2013). Las prácticas obstaculizadoras persistentes en las instituciones de salud y en los juzgados contribuyeron a cimentar, tanto en la población en general como en las/os profesionales de salud, la percepción de que el aborto era ilegal y moralmente condenable, lo que llevó a la estigmatización de la práctica (Zamberlin, 2015). Aún cuando estos obstáculos han sido identificados en todo el territorio argentino, toman particularmente relevancia en las provincias del norte y centro del país, históricamente más conservadoras y con mayores niveles de desigualdad social, donde la literatura, aunque escasa aún, viene señalando importantes brechas para el acceso a la salud y dificultades en la implementación de políticas de salud sexual y reproductiva (Maceira, 2009)

En este contexto, el acceso al aborto legal en los servicios sanitarios debió estar impulsado por el sostenido trabajo de los activismos feministas, movimientos LGBTINb+<sup>3</sup> y de defensa de derechos humanos. Ellos partieron desde la defensa del efectivo acceso al aborto mediante el sistema de causales (Deza, 2015), la defensa ante la criminalización de mujeres perseguidas por el sistema penal (Sánchez, Johnson, 2020)<sup>4</sup>, la cons-

<sup>2</sup> Para más información: <https://www.telam.com.ar/notas/202012/539874-cinco-provincias-no-establecieron-protocolos-para-garantizar-abortos-no-punibles.html> (fecha de última consulta: 16/12/2021)

<sup>3</sup> La sigla refiere a identidades y orientaciones sexuales reconocidas como Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans/travestis, Intersex y No binaries. El signo + refiere a la apertura a toda identificación que se tensiona con la Cis-heteronorma.

<sup>4</sup> El Caso de *Belén* es el de una joven tucumana que estuvo detenida durante tres años por un aborto espontáneo, el cual fue notorio por la violencia institucional hacia la joven, por la violación del secreto médico profesional y por la persecución de las mujeres en el sistema de salud.

trucción de estrategias jurídicas frente a profesionales objetores de conciencia (Deza, 2015), el desarrollo de la estrategia de *reducción de riesgos y daños*<sup>5</sup>, hasta la organización del movimiento mismo para el acceso al aborto medicamentoso desde las propias redes feministas como el Socorrismo que ofrecen asesoramiento sobre abortos seguros con misoprostol fuera del sistema de salud (Socorristas en Red, 2021; Drovetta, 2018).

A pesar de la importancia de contar con información pública sobre el acceso a ILE en los sistemas sanitarios, la clandestinidad que atravesó el acceso al aborto legal, el desconocimiento sobre la normativa vigente, los sistemas de información discontinuos, y el subregistro de la práctica en las instituciones sanitarias lleva a que existan escasos datos sobre el acceso a ILE y sobre muertes maternas por aborto (Romero y Moises, 2020). De acuerdo a un informe del año 2020, se cuentan datos de ILE de fuentes gubernamentales registradas sólo en tres jurisdicciones: CABA., provincia de Buenos Aires y la ciudad de Rosario. De otras jurisdicciones se cuenta con datos provenientes de fuentes periodísticas, como el caso de La Pampa, Santa Fe, Neuquén, Entre Ríos y Río Negro (Ramos, Romero y Mitchel, 2020). En otras provincias, la información sistematizada proviene del activismo socorrista que, en los últimos años, ha ocupado una relación de importante articulación con el sistema de salud público, tarea que ha sido registrada. De acuerdo al último informe, durante el año 2020 -en contexto de pandemia- dicha articulación se acrecentó considerablemente (Socorristas en Red, 2021). El informe destaca que *el 97,9% de los abortos acompañados en el sistema de salud fue garantizado por la causal salud* (Socorristas en Red, 2021). La ausencia de registro y el subregistro estadístico dan cuenta de la complejidad que atravesó la ILE en Argentina en las últimas décadas, la cual se ha visto agravada en contexto de pandemia por Covid-19 (Saletti-Cuesta y Aizenberg, 2021).

El escenario que aborda esta investigación expone una implementación dispar de la ILE en el país, así como la presencia de diversos obstáculos para su acceso en el sistema de salud público. Desde el campo de los estudios sociales jurídicos, de género y de la salud pública, el objeto de esta investigación se centra en analizar el acceso al aborto en la región centro y norte del país en el marco jurídico de la ILE. Partiendo de datos obtenidos por una encuesta de opinión pública destinada a mujeres en edad reproductiva de las regiones centro y norte de Argentina, este trabajo busca conocer e identificar sus percepciones y experiencias, atendiendo a las barreras objetivas y subjetivas que encuentran las mujeres para la

<sup>5</sup> El accionar del movimiento socorrista en Argentina ha sido central para el efectivo acceso al aborto no punible, para creación de redes con espacios de profesionales de la salud, como para la despenalización social y visibilización de dicha práctica por décadas estigmatizada en Argentina.

interrupción de un embarazo.

Reconocemos dichos obstáculos a partir del análisis de **dos dimensiones**. La primera se constituye en **barreras objetivas**, donde el contexto legal, institucional conforman las prácticas, trayectorias y percepciones de la población frente al aborto (Ramón Michel, Ramos y Romero, 2013; Ramos, Romero, Ramón Michel, Tiseyra y Vila Ortiz, 2020). Dichas percepciones y prácticas se traducen en **barreras de orden subjetivo** cuando el conocimiento sobre el aborto y las creencias y percepciones de las personas usuarias del sistema de salud también se conforman en obstáculos para el ejercicio de derechos sexuales y (no) reproductivos. Es por ello que estas dimensiones se encuentran estrechamente entrelazadas, entendiendo que la experiencia subjetiva sobre el aborto no escapa de un contexto objetivo -institucional y político- que puede habilitar, reconocer derechos, garantizar el acceso a la salud sexual o, por el contrario, apelar a la criminalización y/o la condena moral.

En este marco, se identifican diversos antecedentes que han estudiado dichas dimensiones. Respecto a la primera dimensión objetiva, si atendemos al aspecto regulatorio de las políticas públicas, existen diversos estudios que han abordado la situación de ampliación de derechos sexuales y (no) reproductivos a partir del **Fallo F.A.L.**, el *Protocolo del Ministerio de Salud para la Atención de Abortos no Punibles* y la incorporación de la salud integral como marco para la política de salud sexual. Como detallan las autoras, los protocolos no estuvieron exentos a los usos de los sectores conservadores para su obstaculización (Ramón Michel, Ramos y Romero, 2013). Por un lado, se señala que ninguna regulación define el alcance de la prestación en el ámbito territorial y en el sistema de salud, así como tampoco es clara la definición de una autoridad de aplicación (Ramón Michel, Ramos y Romero, 2013). Otra barrera señalada es la debilidad en la construcción de sistemas de registro de abortos no punibles y la falta de claridad en los efectos sobre el deber de informar. Por el contrario, la especificación en la identificación de las causales, el contenido y los efectos del consentimiento informado como una garantía de autonomía, son aspectos que fueron generando un escenario regulatorio más o menos favorable para el acceso a la ILE (Romero, 2017).

En coincidencia, en el caso del Uruguay se han señalado distintos procedimientos exigidos para el acceso a la ILE -protocolos y tiempos hasta la necesaria intervención de un profesional médica/o-, los cuales constituyen elementos fundamentales de la biopolítica y del control de los cuerpos (Rostagnol, 2016). El accionar de los sectores neoconservadores en las últimas décadas se ha expresado principalmente en disputas jurídicas y en las políticas de salud sexual (Rabbia y Sgró Ruata, 2014). Como estrategia opositora a su aplicación en el marco del sistema de salud, la

objeción de conciencia institucional y profesional constituyen una de las barreras que diversos estudios identifican desde el campo de la salud para su oposición a la práctica (Cena, 2021; Deza, 2017; Irrazábal, Belli y Funes, 2020). Asimismo, el bajo conocimiento de los marcos normativos que regulan las prácticas del aborto, ha sido señalado como un aspecto relevante debido a la influencia en las posturas de aceptación o rechazo que tienen los profesionales frente al tema (López Gómez, 2015). La falta de información sobre la normativa existente en torno a las situaciones de legalidad del aborto en las mujeres, también ha sido indicada como un obstáculo determinante en sus posibilidades de acceso a la práctica (Tiseyra, Vila Ortiz, Romero, Abalos y Ramos, 2022).

En definitiva, las posiciones de efectores del aborto constituyen un aspecto central para su acceso, en tanto sus discursos constituyen tecnologías de género que operan en la práctica profesional (López Gómez, 2016). En este sentido, el citado estudio evidencia que el aborto ha sido percibido como una práctica de difícil acceso, en parte, debido al miedo a la discriminación o la condena social así como al miedo a la opinión del/a profesional.

El *fantasma de la denuncia* (Rostagnol, 2016) también funciona como una barrera que contribuye a la estigmatización de las y los profesionales que lo practican. La noción de estigma ha sido recuperada en diversos trabajos, representaciones que se asocian con la práctica se trasladan hacia el estigma tanto de mujeres y personas gestantes que abortan (Zamberlin, 2015), como a efectores de la salud que lo practican (Drovetta, 2018; 2015). Aquí se ponen en juego nuevamente las representaciones sobre las usuarias del sistema de salud y de profesionales desde la mirada

externa (Rostagnol, 2016).

Frente a dichos obstáculos, y como estrategia de resistencia al estigma, también existen trabajos que han documentado importantes movimientos en la última década que han dado lugar a la modificación de prácticas de profesionales del ámbito sanitario (Drovetta, 2018; Saletti-Cuesta & Aizenberg, 2021). Estos procesos evidencian otros entramados entre profesionales y activistas a favor del derecho a decidir. Un ejemplo de ello son los datos previamente presentados por socorristas en Red de 2021, que pone en evidencia la creciente articulación de dichos sectores (Red de Socorristas, 2021).

En síntesis, a partir de la identificación de barreras objetivas y subjetivas para el acceso a la ILE en el centro y NOA de Argentina, se abordarán las percepciones, conocimientos y emociones que dan cuenta de los factores o facilitadores de este derecho. Así, el presente estudio es una herramienta relevante para la implementación de la IVE, actualmente en vigencia en Argentina en el sistema de salud público, privado y de seguridad social.

Habiendo introducido en un primer apartado teórico el escenario jurídico y social, así como las principales categorías y discusiones sobre la temática en Argentina como de la región, en un segundo apartado, se presenta el método utilizado. Aquí se detalla la población objeto de estudio, la definición de la muestra, así como el procedimiento y análisis de datos. En la tercera sección, se desarrollarán los resultados de las encuestas. Por último, se presentará la discusión de los datos en diálogo con los debates presentados para finalmente arribar a las conclusiones y propuestas centradas en el efectivo acceso del aborto en Argentina.

## Método

### Participantes

La población en estudio fueron mujeres en edad reproductiva (14 a 50 años) residentes en las provincias de Tucumán, Santiago del Estero, Córdoba, Jujuy, Formosa y Salta de Argentina. Participaron 2800 mujeres, cuyas características sociodemográficas se exponen en la tabla 1. Para su selección, se realizó un muestreo por

conglomerados urbanos y localidades rurales con una fijación proporcional. Al interior de cada provincia se consideró el peso relativo de la población de la ciudad capital (entre el 39% y el 44%) y las ciudades del interior. El error de muestreo se estimó en +/- 1,89% con un nivel de confianza de 95%.

**Tabla 1. Características Sociodemográficas de la muestra, según provincia de residencia**

	Córdoba N=604	Tucumán N=451	Sgo. del Estero N=334	Chaco N=405	Formosa N=323	Salta N=466	Jujuy N=336
<b>Edad</b>							
14-21 años	89	95	68	61	39	96	69
22-30 años	125	133	92	111	105	127	75
31-40 años	169	108	103	110	105	113	93
+40 años	221	115	71	123	74	130	99
<b>Nivel Educativo</b>							
Primaria Completa	46	48	41	41	26	40	13
Secundaria Inc.	294	219	138	157	139	225	131
Terciaria/Univ.	264	184	155	207	158	201	192
<b>Personas a Cargo</b>							
1 persona	161	155	108	103	80	132	110
2 personas	136	100	78	85	89	90	74
3 personas	147	83	73	90	66	95	65
4-5 personas	124	80	50	101	73	101	70
6 o más personas	36	33	25	26	15	48	17

Fuente: elaboración propia a partir de datos de Encuesta ILE. 2020.

## Procedimiento y análisis de datos

Para la recolección de los datos, se aplicó un cuestionario cerrado autoadministrado en modalidad online. Previo a su participación, se informó a las participantes sobre los principales objetivos del estudio y se obtuvo su consentimiento informado. La participación fue anónima y voluntaria. La recolección de la información se llevó a cabo entre los meses de noviembre y diciembre del 2020, es decir, previo a la aprobación de la Ley Nacional N° 27.610, de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

El cuestionario, que fue confeccionado *ad hoc*, constaba de tres secciones diferenciadas:

- ◇ información sociodemográfica y de contexto
- ◇ sección general, que podían responder todas las personas y que indagaba sobre percepciones, conocimiento y actitudes hacia el aborto
- ◇ una sección destinada exclusivamente a quienes reportaron haber atravesado un embarazo no deseado y, entre estas, quienes habían recurrido a un aborto, donde se profundizaba en el proceso de toma de decisión y aspectos vinculados a dicha práctica.

Así, dentro de la primera sección se incluyeron preguntas sobre lugar de residencia (provincia y si residían en la capital provincial o en alguna localidad del interior provincial), edad, máximo nivel educativo alcanzado, situación ocupacional, ingresos económicos en el hogar, cantidad

de hijo/s y persona/s a cargo, y frecuencia de asistencia al culto (como indicador indirecto de religiosidad personal). En la segunda sección se indagó sobre el acuerdo con la legalización de la interrupción del embarazo en diversas causales o situaciones (sí/no); a quién consultarían si necesitaran información por un aborto, la dificultad percibida para acceder a la práctica y los motivos de dicha dificultad, y el conocimiento sobre la situación de legalidad del aborto en 2020 y sobre los métodos para realizarlo. Además, se preguntó el uso y acceso a métodos anticonceptivos. En la tercera sección del cuestionario, se consultó si habían atravesado alguna vez por un embarazo no deseado y, en caso afirmativo, si habían contemplado la posibilidad de realizarse un aborto y si efectivamente interrumpieron el embarazo. Entre quienes interrumpieron alguna vez un embarazo, se preguntó respecto a cuánto tiempo hace que sucedió (más de 10 años, 5 a 10 años o menos de 5 años atrás), quiénes fueron agentes de decisión ante dicha práctica, cuáles fueron las principales razones para realizarla, así como el método utilizado. A su vez, se preguntó cómo se sintieron a partir de la interrupción voluntaria del embarazo.

Para la descripción de los resultados se reportan frecuencias y frecuencias relativas (%), así como las puntuaciones medias en los casos que correspondía. Para estimar la asociación entre variables nominales se calculó el estadístico V

de Cramer. Cuando se compararon grupos en alguna variable cuantitativa se realizaron pruebas de diferencia de medias para muestras independientes estimando el estadístico *t* y su nivel de significación asociado.

Los resultados presentados se estructuran de la siguiente manera: en primer lugar, se descri-

ben las actitudes, percepciones y conocimientos sobre el aborto del total de participantes del estudio; a continuación, se exploran las situaciones de embarazos no deseado y, en especial, se describen las características y las emociones vivenciadas por aquellas mujeres que reportaron haber interrumpido su embarazo.

## Resultados

### Percepción y conocimiento sobre el acceso a la interrupción del embarazo

El 57.1% de las participantes sostuvo que, si una persona cercana quisiera acceder a una interrupción del embarazo, sería difícil o muy difícil, y sólo el 14,6% creían que era fácil o muy fácil. Entre los motivos señalados, el principal fue el económico: la dificultad de pagar un aborto, que fue mencionado por el 40,6%, seguido por la falta de recursos del servicio de salud (34,6%) y el miedo a la discriminación o a la condena social (33.1%).

Respecto de los espacios de atención, es preciso mencionar que el 41,3% de las personas dijo que nunca consultaría por un aborto. De quienes sí lo harían, el 36,1% recurriría a una clínica privada y el 35,1% a un hospital; 13,9% acudiría a la atención primaria en salud pública (salita o centro de salud), el 9,3% lo haría por su cuenta y el 5% concurriría al socorrista.

Por su parte, los conocimientos respecto a la legalidad o no del aborto podrían constituirse como barrera para el acceso. Al respecto, el 49% afirmó que el aborto era ilegal en todos los casos, un 34,3% que era legal en algunos casos, el 3,8% que era legal y el 12,9% no sabía. Entre los métodos de aborto, los más reconocidos son las *pastillas* (44,9%), seguido por el *legrado* (37,9%) y luego métodos *caseros* como los *yuyos* (31,3%) y el *perejil* (27,4%). La *aspiración manual endouterina* (AMEU) (23,5%) y las *sondas* (23,7%) fueron menos mencionadas. La encuesta también incluía un campo para mencionar *otros* métodos, donde no sólo se incluyeron opciones no seguras *case- ras*, sino que también se mencionaron métodos anticonceptivos quirúrgicos (*ligadura de trompas*) y no quirúrgicos (*preservativos, pastillas anticonceptivas, DIU*), posiblemente como respuesta asociada a acciones preventivas de embarazos no deseados. Como veremos más adelante, el alto conocimiento de las pastillas (**Misoprostol**) pue-

de ser una dimensión relativamente novedosa vinculada a los procesos de visibilización de esta práctica ocurridos en los últimos años y al trabajo de socorristas.

Finalmente, las actitudes hacia la situación de legalidad del aborto representan barreras subjetivas que se relacionan significativamente con la decisión o no de interrumpir un embarazo no deseado. Un 22.5% de la muestra consideraba que el aborto debía estar prohibido en todos los casos, aún contra la ley vigente al momento de la recolección de datos. El 55.3% consideraba que debía estar permitido en algunas circunstancias, y sólo el 17.9% consideraba que debería estar permitido siempre que la mujer lo decida. Además, las actitudes hacia la ILE eran relativamente más favorables (entre un 48% y un 69% de acuerdo para distintas causales) en comparación con la IVE (entre un 17.4% y un 26.1%). En general, el apoyo era mayor cuando la vida de la mujer estaba en riesgo y menor cuando el embarazo interrumpía el plan de vida de la mujer. Entre las posibles causas de una IVE, no tener recursos económicos era la más aceptada (26.1%).

### La experiencia de mujeres que reportaron la interrupción de un embarazo no deseado: dimensiones objetivas y subjetivas.

Sobre el total de la muestra, 923 mujeres (31,6%) indicaron haber atravesado alguna vez por una situación de embarazo no deseado. Sin embargo, sólo 161 (5,75%) señalaron haberlo interrumpido. Esta proporción puede reflejar un subreporte, dado que muchas mujeres pueden desconocer la situación de legalidad de la práctica (ILE) que, además, pudo verse condicionada por la expectativa de una condena social que podía suponer estas acciones en algunos contextos determinados. Así, los reportes sobre interrupciones de embarazos en provincias incluidas en este estudio no constituyen un dato generalizable; sin embargo, su información nos permite explorar algunas ca-

racterísticas significativas del desarrollo de estas prácticas en la región.

Particularmente, esta sección se focaliza en algunas dimensiones asociadas al reporte de una interrupción de un embarazo no deseado. Es importante enfatizar que estamos accediendo a la decisión de reportar la interrupción, aunque desconocemos si otras personas de la muestra atravesaron una situación similar sin reportarlo.

¿Quiénes reportaron haber interrumpido un embarazo no deseado? En primer lugar, se trata de mujeres que, al momento de interrumpir el embarazo, eran jóvenes: la media de edad fue de 22,95 años y la moda de 19 años, aunque se reportan casos que van desde los 14 hasta los 41 años. La mayoría de las interrupciones (54,9%) se realizaron hace más de 10 años (al momento de responder el cuestionario), mientras un 25,9% (42 casos) son más recientes y se realizaron dentro de los últimos 5 años de aplicado el cuestionario. Además, quienes reportaron haber atravesado un aborto tienen un nivel educativo relativamente más alto que quienes señalan no haberlo realizado, aunque la asociación entre la decisión de interrumpir un embarazo y el nivel educativo es baja ( $V = .04, p \leq .05$ ). La relación entre esta decisión y la ocupación es también baja ( $V = .06, p \leq .05$ ), aunque se evidencia que, entre quienes no tienen ocupación remunerada, aumenta la probabilidad de que reporten haber afrontado un embarazo no deseado. A su vez, tienen en promedio menos hijo/a/s o personas a cargo que quienes no lo reportan ( $t = 89.89, p \leq .001$ ). No hay una asociación estadísticamente significativa entre la provincia de residencia y la decisión de interrumpir un embarazo, así como tampoco la hay con el hecho de residir en una ciudad capital o en el interior provincial.

No se observan particularidades en este grupo a nivel de frecuencias en términos del uso regular de anticonceptivos modernos: el 54% los usa, tanto si reportó haber interrumpido un embarazo como si no lo hizo. Sin embargo, hay una asociación débil pero estadísticamente significativa entre la frecuencia de asistencia al culto (entendida como una medida indirecta de religiosidad personal) y la decisión de avanzar o no con un embarazo no deseado ( $V = .09, p \leq .001$ ): tanto quienes nunca atravesaron un embarazo no deseado como quienes lo atravesaron y decidieron seguir adelante, asisten comparativamente más a celebraciones religiosas respecto a quienes decidieron interrumpir el embarazo. El 44,4% de este úl-

timo grupo no asiste nunca al culto, comparado con un 25,3% y un 22,8% de los otros dos grupos.

Al ser consultadas por la persona responsable de la decisión de interrumpir el embarazo, el 60,6% de quienes reportaron una interrupción de un embarazo señala que la decisión la tomaron ellas, mientras que un 26,3% indican que la tomaron junto con su pareja. Un 3,8% reporta que la tomó su pareja, y un 2,5% un/a profesional de salud, casi un 7% no responde la pregunta.

El lugar donde se acudió al momento de la interrupción constituye otro punto a destacar: casi la mitad de las mujeres que señalan haber interrumpido el embarazo lo hicieron en clínicas privadas (76 casos, 47,2%), mientras que un 21,6% (35 casos) lo hizo por su cuenta. Sólo 19 casos (11,8%) acudieron a instituciones públicas de salud (hospital o centro de salud o salita), mismo número de quienes buscaron ayuda a través de redes telefónicas o virtuales de socorristas. Entre quienes recurrieron a centros de salud públicos, se identifican 2 reportes en los cuales el servicio judicializó su caso y retrasó la atención, 3 casos en los cuales el servicio no quiso o no pudo atender a la mujer en una primera instancia por lo cual tuvo que buscar atención en otro lugar, y 1 caso en el cual el/la profesional se proclamó opositor/a de conciencia y tuvo que esperar que otro/a profesional pudiese atenderla. La mayoría de las interrupciones, no obstante, se realizaron sin estas dilaciones, y las mujeres señalaron estar conformes con el procedimiento, como se observa más adelante.

Cuando analizamos el método utilizado para la interrupción del embarazo, encontramos que el 31,5% (51 casos) reporta haber utilizado un método medicamentoso (no se distingue si fue misoprostol, mifepristona o ambos). Por otro lado, 55 casos (28,79%) señalan que se les realizó una intervención quirúrgica, y en 13 casos (6,81%) se procedió a una aspiración manual endouterina (AMEU). Finalmente, el 25,3% (41 casos) no sabe o no contesta sobre el método utilizado para interrumpir el embarazo. Resulta significativo advertir que la gran mayoría de las intervenciones quirúrgicas corresponden a interrupciones realizadas hace más de 10 años, mientras que el uso de misoprostol y mifepristona es más reportado en las interrupciones recientes. En este sentido, existe una asociación significativa entre el método utilizado y el momento cuando se realizó la interrupción voluntaria del embarazo ( $V = .32, p \leq .001$ ) (Ver Tabla 2).

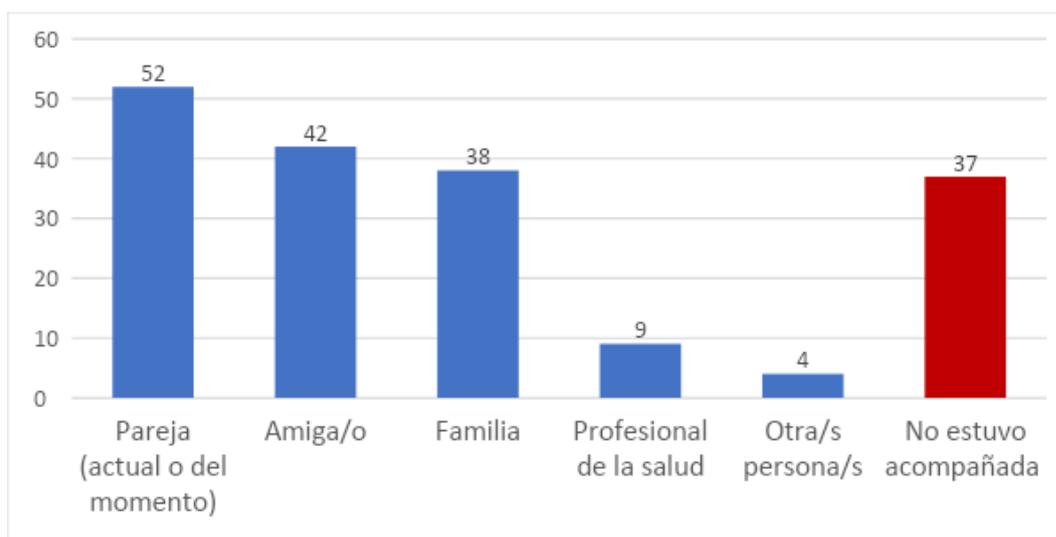
**Tabla 2. Asociación entre la fecha y el procedimiento de Interrupción del Embarazo**

	Menos de 5 años	Entre 5 y 10 años	Más de 10 años
<b>Misoprostol</b>	14 38,9%	9 47,4%	13 20,6%
<b>Misoprostol + Mifepristona</b>	9 25%	3 15,8%	3 4,8%
<b>Intervención Quirúrgica</b>	8 22,2%	5 26,3%	41 65,1%
<b>AMEU</b>	5 13,9%	2 10,5%	6 9,5%

*Fuente: elaboración propia a partir de datos de Encuesta ILE.*

Respecto al acompañamiento durante la interrupción, el 75.5% de las mujeres señala que estuvo acompañada durante la decisión y el procedimiento de interrupción del embarazo. Entre ellas, 52 mujeres dijeron haber estado acompañadas por su pareja (52 casos), amigas/os (42 casos) o su familia (38 casos) (Ver Figura 1).

**Figura 1. Acompañamiento durante la Interrupción del Embarazo**

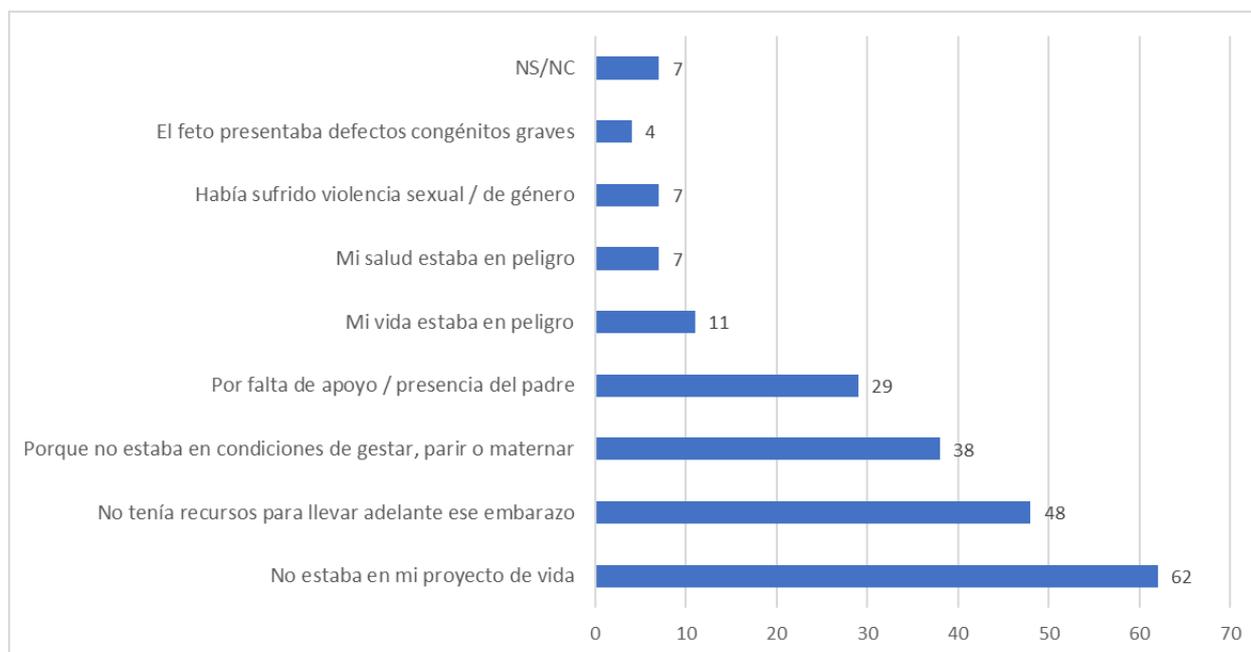


*Fuente: elaboración propia a partir de datos de Encuesta ILE. 2020.*

Al considerar los motivos que condujeron a la decisión de interrumpir el embarazo, se advierte que los más mencionados apuntan al propio proyecto de vida de la mujer (62 menciones), la falta de recursos económicos (48 menciones) y porque no estaba en condiciones de gestar, parir o materner (38 menciones). Motivaciones relacionadas con la peligrosidad de la continuidad

del embarazo para la vida de la mujer (11 menciones) o la salud de la mujer (7), así como el haber sufrido violencia sexual (7) o por defectos congénitos graves del feto (4) son menos mencionadas (Ver Figura 2). Adviértase que aquí las mujeres podían ofrecer respuestas múltiples sobre las causales que motivaron la interrupción del embarazo.

**Figura 2. Motivos reportados para la Interrupción del Embarazo**



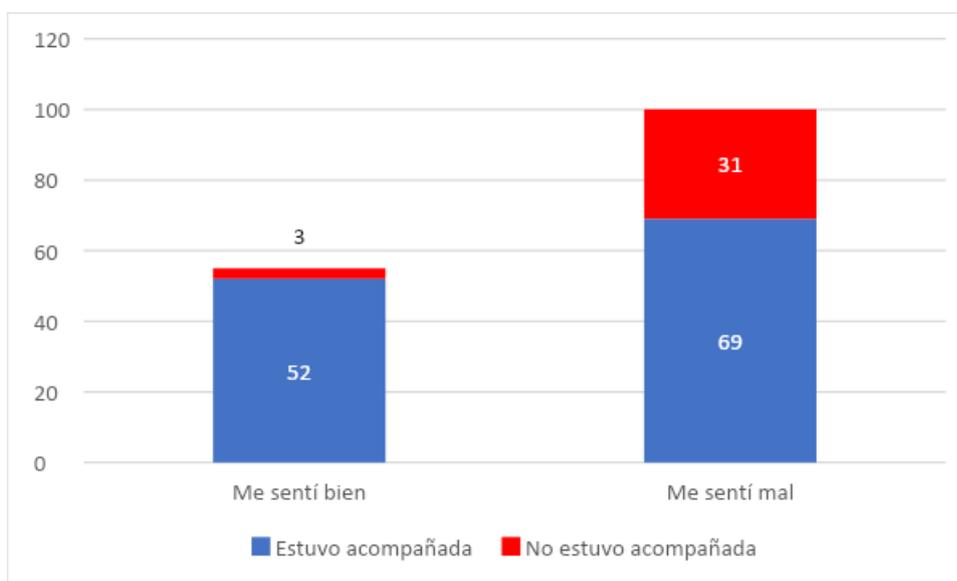
Fuente: elaboración propia a partir de datos de Encuesta ILE. 2020.

Otro punto relevante que permite explorar las barreras subjetivas de las respondentes frente al aborto es el de las emociones asociadas a la práctica de interrupción realizada. Si bien las emociones reportadas por las mujeres tras interrumpir el embarazo son o bien positivas o negativas, los motivos asociados a estas son diversas. Un 21,6% señaló sentirse bien por lograr interrumpir un embarazo que no deseaba y un 17,6% indicó sentirse bien por estar acompañada a lo largo del proceso. Estas menciones se agruparon bajo la categoría *Me sentí bien*. En contraposición, el 23,5% refirió emociones negativas porque sintió que estaba cometiendo un pecado, el 31,5% se

sintió mal porque fue doloroso, y un 19,8% sintió que estaba haciendo algo ilegal. Estas tres referencias se agruparon bajo la categoría *Me sentí mal*. Sólo 4 casos reportaron emociones ambivalentes, combinando a la vez referencias a emociones positivas y negativas.

Al asociar la respuesta emocional con el apoyo recibido, encontramos que casi la totalidad de las mujeres que abordaron el proceso de forma solitaria reportaron emociones negativas (“me sentí mal”), mientras que la casi totalidad de las personas que reportaron sentirse bien habían estado acompañadas en el proceso por alguna persona de confianza (pareja, amigos/as, familia) (Ver Figura 3).

**Figura 3. Emociones tras la Interrupción del Embarazo en función del acompañamiento**

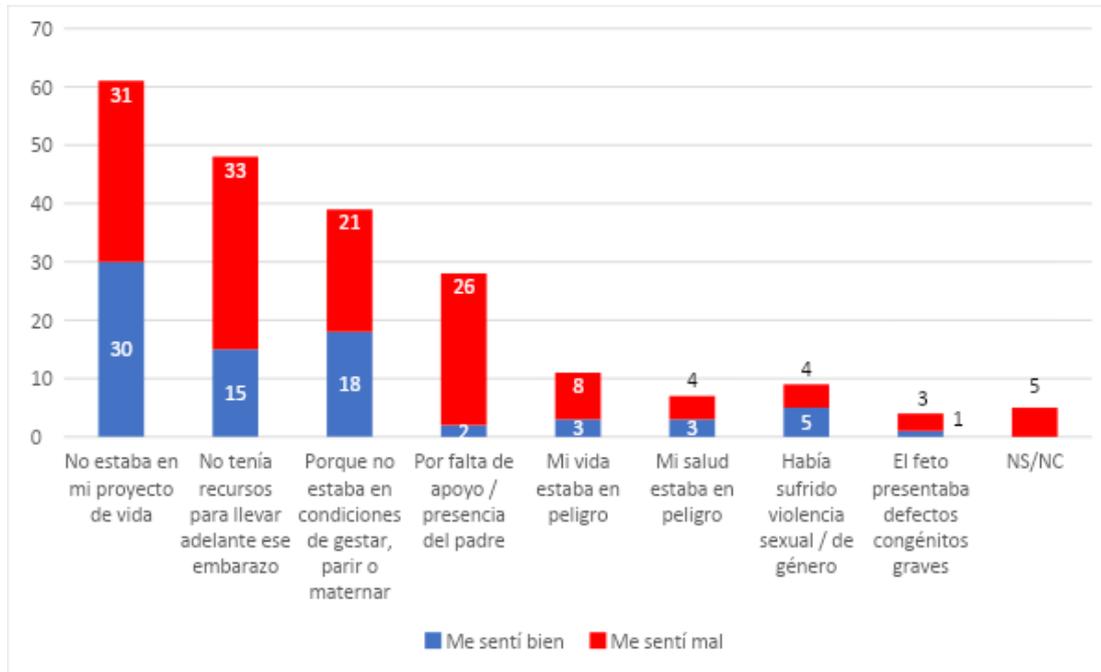


Fuente: elaboración propia a partir de datos de Encuesta ILE. 2020.

Por su parte, las causas que motivaron la interrupción del embarazo también se asociaron a las emociones que tuvieron las mujeres una vez concluido el aborto. Quienes sufrieron violencia sexual son quienes más señalan sentirse bien por la interrupción voluntaria, seguidas de quienes consideraban que el embarazo no formaba par-

te de su plan de vida. Quienes reportan mayores emociones negativas son quienes condujeron la interrupción de embarazo por falta de apoyo o presencia del padre, porque su vida estaba en peligro o porque no tenía recursos económicos para afrontar el embarazo y la maternidad (Ver Figura 4).

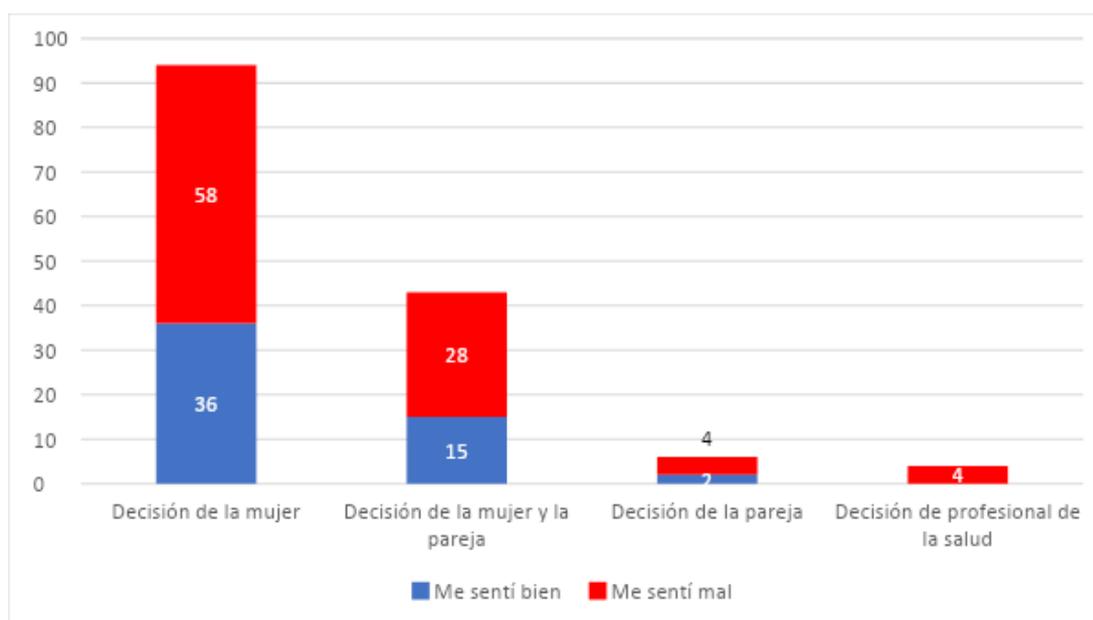
**Figura 4. Emociones tras la Interrupción del Embarazo según Motivos de la Decisión**



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Encuesta ILE.

Por otra parte, las emociones fueron más negativas cuando la decisión de la interrupción fue exclusivamente del profesional de salud o de la pareja de la mujer (Ver Figura 5).

**Figura 5. Emociones tras la Interrupción del Embarazo en función del agente de la decisión**

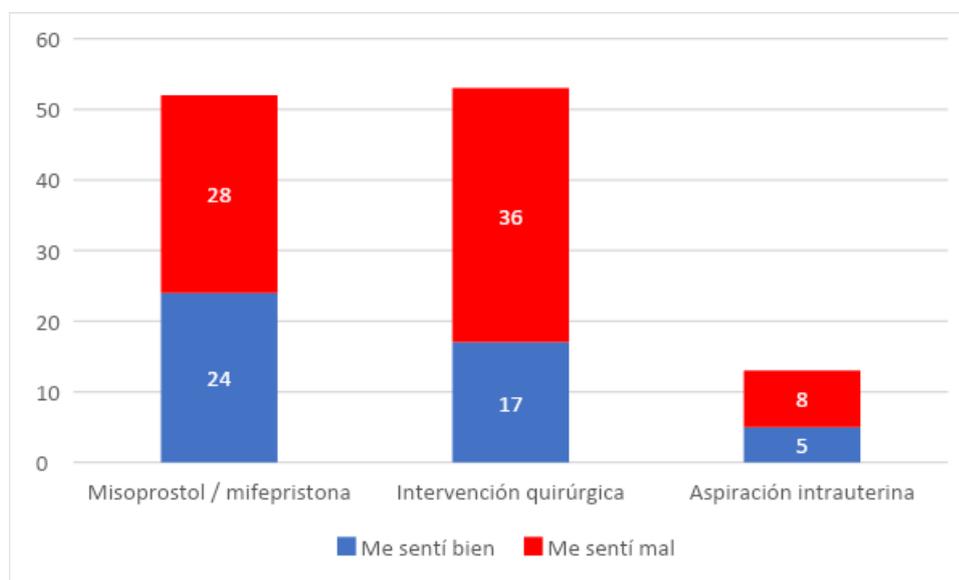


Fuente: elaboración propia a partir de datos de Encuesta ILE. 2020.

Cuando la interrupción del embarazo se desarrolló a través de una intervención quirúrgica, se evidenciaron más emociones negativas consecuentes. Por su parte, en los casos de interrupciones a partir de medicamentos, aunque persisten

las emociones negativas, disminuyen en su proporción relativa y se tiende más a señalar que se sintieron bien con la interrupción del embarazo (Ver Figura 6).

**Figura 6. Emociones tras la Interrupción en función del método en función del método utilizado**



*Fuente: elaboración propia a partir de datos de Encuesta ILE. 2020.*

Al consultarles sobre la situación legal de la interrupción del embarazo en Argentina en el 2020 (previa sanción de la ley de IVE), casi el 55% de las mujeres que interrumpieron un embarazo señalaron que el aborto era ilegal en el país, 39% indicó que era legal en algunas circunstancias, y el 2,5% que era legal. No se advierten diferencias significativas en las emociones reportadas en función de considerar que era o no era legal su interrupción.

Finalmente, se indagó sobre el grado de dificultad percibido en torno al acceso a la práctica del

aborto dentro de su propio contexto de vida. El 46,3% señaló que fue muy difícil realizarla, mientras un 27,9% señaló que era un poco difícil, 15,7% dijo que era bastante fácil y 2,9% que era muy fácil. Casi un 13% no sabía o prefirió no responder al respecto. Entre los aspectos que hacen muy difícil o un poco difícil un aborto, las mujeres mencionaron las dificultades económicas para pagar el procedimiento (60%), el miedo a la discriminación o la condena social (50,6%), la falta de recursos del servicio de salud para atender abortos (48,1%) y el miedo a la opinión del/a profesional (31,5%).

## Discusión

El presente trabajo se propuso conocer e identificar las percepciones y prácticas de mujeres del Centro y NOA sobre el aborto en Argentina, en un escenario previo a su legalización pero con una legalidad bajo el sistema de causales. En este sentido, el estudio aporta nuevos datos en una región geográfica con una importante vacancia en la investigación sobre salud sexual en general y en particular en torno a la percepción de las mujeres sobre los servicios de salud y el acceso al aborto. La principal diferencia con otros estudios similares surge del propio contexto del estudio, ya que aquellos que han sido efectuados en provincias con trayectorias en políticas públicas de acceso a la ILE más afianzadas, reportan experiencias positivas con los servicios de salud (Tyseira, Vila Ortiz, Romero, Ábalos y Ramos, 2022), en contraste con las percepciones y experiencias que se analizan en este trabajo.

Particularmente, en una primera instancia se trabajó con una muestra general que abordó la percepción de mujeres que hayan -o no- interrumpido un embarazo. Este primer mapeo exploratorio permitió atender las percepciones y conocimientos respecto a algunas dimensiones que se constituyen en barreras para el acceso al aborto. En primer lugar se destaca la percepción de las mujeres sobre la accesibilidad al aborto, siendo notable que el 57,1% de las participantes sostuvieron que, si una persona cercana quisiera acceder, sería difícil o muy difícil. El hecho de que la ILE sea considerada como una práctica de difícil acceso, ya sea por su costo económico (el 40,6%) o por la dificultad de falta de acceso al recurso del servicio de salud (34,6%), da cuenta de que desde la percepción de las usuarias el acceso al aborto es un derecho de difícil exigibilidad en el sistema de salud. Junto con ello, otro obstáculo no menor es el miedo a la discriminación o a la condena social, aspecto que analizaremos posteriormente.

De esta primera muestra total, lo reportado por las encuestadas respecto al estatus jurídico del aborto en Argentina en el 2020 es otro aspecto a analizar. Por un lado, confirma lo señalado previamente respecto a la percepción sobre el acceso, donde prima el desconocimiento o la negativa de que el aborto es un derecho exigible en este escenario socio jurídico, en tanto casi la mitad de las encuestadas refiere que el aborto es ilegal en todos los casos. Más aún, en el caso de las mujeres que interrumpieron su embarazo, esta cifra asciende a un 55%. Como ha sido ampliamente estudiado, la criminalización del

aborto no constituye un factor disuasorio para su práctica, sino que sólo contribuye a su clandestinidad. Como señalaba el estudio realizado por Petracci, Pecheny, Mattioli y Capriati (2012) en la ciudad de Buenos Aires:

La ilegalidad del aborto está naturalizada en estos relatos: aún cuando algunas y algunos manifiesten su acuerdo con la legalización, en el momento de interrumpir el embarazo se considera la ilegalidad como un dato fijo de la realidad, un marco dado y, por el momento, inamovible. (p. 20)

Asimismo, este dato podría interpretarse desde la propia experiencia subjetiva de las encuestadas. El hecho de que el 55% de las mujeres que abortaron indiquen que la práctica es ilegal, también puede ser indicador de que, en su experiencia, el aborto haya sido practicado en la clandestinidad, lo que retroalimentó ciertas representaciones alrededor de la poca -o nula- exigibilidad del aborto como un derecho. El estigma y la invisibilización así como las dificultades de acceso en las instituciones públicas, forman parte de la construcción social de lo moralmente correcto, como lo legalmente posible en cada contexto, datos que entran en diálogo con los estudios que han abordado esta línea de análisis en la región (Szulik y Zamberlin, 2015; Lista, 2018).

Respecto a los métodos de interrupción del embarazo, y adentrándonos a las experiencias de personas que reportaron un embarazo no deseado, identificamos algunos puntos centrales a destacar. Más allá de que consideramos se presenta un subreporte de los abortos reportados por el estigma de la práctica en este contexto, aún así los datos recabados ponen de manifiesto una brecha muy amplia entre los embarazos no deseados (31,6%) y los abortos reportados (5,75%), dando cuenta de múltiples factores que se intersectan para obstaculizar o disuadir esta decisión.

Por otra parte, los datos presentados también dan cuenta de las transformaciones en las prácticas para abortar en la última década, tal como sugieren otras investigaciones en Argentina y en el mundo (Ramos, Romero y Aizenberg, 2015; Aiken *et al.*, 2018). En primer lugar, es notable que la mayoría de las interrupciones realizadas mediante intervenciones quirúrgicas fueron realizadas hace más de diez años. Asimismo, el aborto medicamentoso aparece en las respuestas como uno de los métodos más conocidos por los respondientes de la muestra global. En segundo

lugar, este dato pone de manifiesto el rol que ha jugado el activismo feminista y el socorrismo en la disputa por su acceso, identificando que 3 de cada 10 mujeres señalan haber interrumpido el embarazo por su cuenta y la misma proporción haber usado un método medicamentoso (Drovetta, 2018). Este aspecto no es menor en un escenario normativo donde, como hemos señalado, se presentaban constantes obstáculos y factores disuasorios para el acceso al aborto en las instituciones de salud, sobre todo las públicas. Como se pudo advertir, el sentimiento de malestar sobre el aborto es menor en los casos en los cuales se abortó con misoprostol o mifepristona. Como señala Raquel Drovetta (2015), es preciso considerar cómo la experiencia con el aborto medicamentoso ha permitido a las mujeres posicionarse como gestoras del propio aborto, posibilitando diversos grados de autonomía e inaugurando itinerarios diferenciales en su acceso, siendo un aspecto facilitador de la experiencia. Así, el rol del socorrismo ha sido clave en este escenario político e institucional tanto para garantizar el acceso al aborto como para demandar la exigibilidad de este derecho, y para ampliar los marcos cognitivos en torno a los modos en los cuales se puede desarrollar la práctica. Es por ello que no resulta llamativo que sólo el 10% de las mujeres encuestadas han señalado haber acudido a un servicio de salud público, el 47,2% abortado en clínicas privadas y un 35% realizado la interrupción por su cuenta. Si bien comprendemos estas cifras atendiendo al subregistro y silenciamiento de la práctica, es un dato relevante que el sistema de salud público sea el espacio que menor representación tiene en la encuesta, con sólo 19 de 161 casos totales relevados. Más aún, en algunos casos se señalaron las barreras concretas que, en coincidencia con la literatura sobre el tema, se presentaron en quienes abortaron en instituciones públicas (judicialización, retraso en la atención, objeción de conciencia, y negativa a atender la demanda).

Analizando los motivos para interrumpir el embarazo, la principal razón manifestada por las personas encuestadas es la propia decisión en el marco del proyecto de vida, lo que se vincula a otras manifestaciones como no encontrarse en condiciones de gestar, parir o maternar. Sin embargo, la situación socioeconómica constituye la segunda razón señalada con mayor frecuencia. En este sentido, es preciso señalar que dicha variable debe ser comprendida en un escenario social donde los cuidados son familiarizados y tienen género (Machinandiarena, 2020) y que se puede vincular con otro motivo reportado, como la falta de apoyo familiar. Dichos aspectos demandan una perspectiva interseccional, es decir la responsabilización de las mujeres y personas gestantes sobre la reproducción y crianza, no se desliga de los crecientes procesos de feminización de la pobreza. En este sentido, la decisión de

interrumpir un embarazo podría comprenderse en un contexto donde las tareas de cuidado recaen histórica y desigualmente en mujeres y personas feminizadas.

Otro aspecto de los resultados que resulta ilustrativo de las dificultades que se encuentran en el acceso al aborto en dicho escenario es el itinerario mismo para el acceso al aborto. Estudios previos han señalado que los obstáculos presentes en el propio itinerario de acceso a la ILE pueden funcionar como barreras disuasorias para mujeres y personas gestantes (Petracci, Pecheny, Mattioli y Capriati, 2012). Antecedentes más recientes destacan por un lado los *laberintos* que atraviesan las personas en dicho proceso (Szulik y Zamberlin, 2020), y otros desde el *modelo de las tres demoras* dan cuenta de la complejidad de factores que obstaculizan estos itinerarios (Tiseyra et al., 2022). Nuestro estudio revela que, aún en un contexto de reconocimiento jurídico a la ILE y de implementación del protocolo de Ministerio de Salud que amplía la causal salud, la información que se encuentra a mayor alcance de las personas que deciden abortar en provincias del centro y NOA de Argentina proviene del socorrismo, así como de clínicas privadas. En la misma línea se ubican los resultados sobre las grandes dificultades percibidas para el acceso al aborto entre las mujeres encuestadas que, en diálogo con lo analizado previamente, se vinculan a la dificultad de costear un aborto en una clínica privada y la falta de disponibilidad de este servicio en el espacio público. Esto construye un escenario que puede caracterizarse como de *privatización* del aborto previo a la legalización.

Abordando algunos datos que nos arrojan claves para comprender las barreras subjetivas, la encuesta revela que el miedo al estigma y a la condena social constituye un factor relevante en la posibilidad de acceder al aborto. En este sentido pone de manifiesto cómo las emociones son un indicador clave para comprender la manera en que *hacen cuerpo* las desigualdades de su acceso en la región estudiada. Señala que la ruptura con diversas normas religiosas y legales, muestran la manera en que las construcciones morales heterónomas permean las subjetividades de las mujeres y personas gestantes a la hora a decidir la interrupción de un embarazo (Lista, 2018; Vaggione, Johnson y Bard Wigdor, 2021). Por el contrario, cuando existe un grupo de referencia que acompaña la decisión del aborto, estos sentimientos no aparecen de forma tan pronunciada. Así, o quienes estuvieron acompañadas por familiares o amigas/os revelan referencias de menor malestar luego de interrumpir un embarazo que quienes lo atravesaron en soledad. Estos datos son coincidentes (Johnson, Bosio y Frenchia, 2016) con otros trabajos que analizan las opiniones y representaciones sobre el aborto (Ramos, Romero, Ramón Michel, Tiseyra y Vila Ortiz, 2020) y en la experiencia de abortar en personas con creencias

religiosas, y permiten comprender la manera en que el contexto moral, religioso y jurídico del contexto en el que viven, moviliza y conforma afectos y emociones sobre la práctica que resultan en diversas ocasiones en barreras para su acceso efectivo (Vaggione, Johnson y Bard Wigdor, 2021).

A pesar de la importancia de los aportes vertidos por este estudio, es preciso señalar algunas limitaciones metodológicas que pueden servir para informar nuevos estudios en el área. De modo específico, tanto el tipo de instrumento utilizado como la modalidad de recolección de

datos vía cuestionario digital pueden conllevar un sesgo de autoselección de las personas participantes. Así, las personas más jóvenes y con mayores facilidades de acceso y uso de internet pueden estar sobre-representadas (Díaz de Rada, 2012). Del mismo modo, como se mencionó antes, el hecho de acceder solo al autorreporte puede conllevar justamente un subreporte de la práctica de interrupción del embarazo y/o de algunas de las dimensiones de indagación relacionadas, en especial aquellas que aún se percibían como ilegales u objetos de estigma social.

## Conclusiones

Los resultados de este estudio buscan alimentar el vacío en torno a datos estadísticos de mujeres que interrumpen su embarazo, así como contribuir a la implementación de la política pública sanitaria en torno a la interrupción del embarazo en el contexto actual de IVE en Argentina.

Sobre el primer aspecto, es preciso destacar algunas contribuciones centrales. Por un lado, que es un estudio sobre la política de salud sexual en una región poco estudiada (zona central y región noroeste), y con dificultades particulares en el acceso a derechos sexuales y (no) reproductivos. Asimismo la presente encuesta no sólo ofrece datos en torno a la opinión sobre el aborto en general, habitual tema de interés de las encuestas de opinión pública, sino que también introduce un tema poco abordado por dichas encuestas como es el acceso y la experiencia de las mujeres en edad reproductiva a los servicios de salud. Respecto a los datos que nos permiten analizar barreras para su acceso, la amplia brecha entre quienes manifiestan embarazos no deseados y

su efectivo acceso, ponen de manifiesto la importancia de fortalecer la exigibilidad del derecho al aborto en el sistema de salud público. Esto implica desde el punto de vista sanitario, el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los servicios de salud, como ámbitos de confianza para canalizar abortos, así como del mayor conocimiento de los derechos velados en la normativa tanto por el personal de salud como de las propias usuarias. Asimismo, atender a diversas variables subjetivas donde el activismo socorrista ha puesto de manifiesto la importancia de la construcción de autonomía en las personas gestantes en la práctica contribuye a desmitificar el carácter criminalizador y estigmatizante que ha atravesado la interrupción del embarazo en Argentina, al menos en los contextos sociales aquí relevados. El fortalecimiento de los servicios de salud pública en estos temas, especialmente en el actual contexto legal que habilita el aborto voluntario hasta la semana 14, es un aspecto clave para garantizar al ejercicio del derecho al aborto en Argentina.

## Agradecimientos

Agradecemos a Zuban Córdoba por su colaboración en el análisis de datos y a **Católicas por el Derecho a Decidir-Argentina** por el financiamiento de la presente investigación.

## Referencias bibliográficas

- Aiken A. R. A., Guthrie, K. A., Schellekens M., Trussell, J. y Gomperts, R. (2018). "Barriers to accessing abortion services and perspectives on using mifepristone and misoprostol at home in Great Britain". *Contraception*, Vol. 97, N° 2, pp. 177-183.
- Botero, S., Cárdenas, R. y Zamberlin, N. (2020). "¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia". *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, pp. 137-157.
- Cavallo, M. (2016). "La confidencialidad en la atención del aborto". CEDES. Recuperado de <http://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/861/Confidencialidad.aborto.pdf?sequence=5&isAllowed=>.
- Cena, M. J. (2021). "Cuando la salud sexual y (no) reproductiva es objetada a conciencia. Un análisis desde la teoría política y el enfoque de derechos". *Revista en Cultura de la Legalidad*, N° 20, pp. 172-185.
- D. M. (2009). "Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina". *Cuadernos del CLAEH*, N° 99, pp. 7-17.
- Deza, S. (2015). ¿Cómo hacerse un aborto en el hospital y no morir en el intento? Obtenido de <http://clacaidigital.info/handle/123456789/943>
- (2017). *Objeción de conciencia y aborto: creencias propias, violencias ajenas*. Recuperado de <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1050>.
- Díaz de Rada, V. (2012a). "Ventajas e inconvenientes de la encuesta por Internet". *Papers*, N° 97, pp. 193-223.
- (2012b). "Ventajas e inconvenientes de la encuesta". *Papers*, N° 97.
- Drovetta, R. (2015). "Uso de misoprostol para el aborto medicamentoso: una opción para los prestadores de salud de la ciudad de Córdoba, Argentina". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, Vol. 20, N° 44, pp. 177-195. Universidad Central de Venezuela.
- Drovetta, R. I. (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*, N° 24, pp. 13-35.
- Irrazábal, G., Belli, L. y Funes, M. E. (2020). "Derecho a la salud versus objeción de conciencia en la Argentina". *Revista Bioética*, N° 27, pp. 728-738.
- Johnson, M.C., Bossio, M.T. y Frencia, M. (2016). "Mujeres Católicas y aborto: experiencias de vida y pluralización de las creencias". *II Congreso de la Asociación Argentina de Sociología*.
- Kumar, A., Hessini, L. y Mitchell, E. (2009). "Conceptualising abortion stigma". *Cult Health Sex*, N° 6, pp. 625-639.
- Lista, C. A. (2018). Actitudes hacia el aborto: heteronomía vs. autonomía morales. En: Agustina Ramón Michel & Paola Bergallo (comps.) *La reproducción en cuestión. Investigaciones y argumentos jurídicos sobre aborto*. Eudeba, 81-104.
- López Gómez, A. (2016). Tensiones entre lo (i) legal y lo (i) legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto. *Salud colectiva*, , 12, , 23-39.
- Machinandiarena, A. P. (2020). La mala paciente. *ConCienciaSocial*, 4(7), 150-164.
- Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Petracci, M., Pecheny, M., Mattioli, M. y Capriati, A. (2012). "El aborto en las trayectorias de mujeres y varones en la ciudad de Buenos Aires". *Sexualidad, salud y sociedad*, Vol. 61, N° 12, pp. 164-197.
- Rabbia, H. y Sgró Ruata, M. C. (2014). "Posiciones sobre aborto en Argentina: de la Conferencia Episcopal a las opiniones de los/as ciudadanos/as católicos/as". *Política & Sociedade*, pp. 195-219.
- Ramón Michel, A., Ramos, S. y Romero, M. (2013). "Barreras en el acceso a los abortos legales: una mirada a las regulaciones sanitarias que incluyen el uso del misoprostol". *CLACAI-FLASOG*.
- Ramos, S., Romero, M., Ramón Michel, A., Tiseyra, M. V. y Vila Ortiz, M. (2020). *Experiencias y obstáculos que enfrentan las mujeres en el acceso al aborto*. Documento de trabajo CEDES.
- Romero, M. y Moisés, S. (2020). *El aborto en cifras*. Argentina: REDAAS.
- Red, S.(2021). *Sistematización de acompañamientos a abortar. Realizados por Socorristas en red (Feministas que abortamos) durante el primer año de pandemia por COVID-19. Argentina*. Argentina: Editorial Estamos Cerca.
- Ramos, S., Romero, M. y Aizenberg, L. (2015). "Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina". *Reproductive Health Matters*, Vol. 22, N° 44, sup. 1, pp. 4-15.
- Romero, M., Zamberlin, N. y Gianni, M. C. (2010). "La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos". *Salud colectiva*, N° 6, pp. 21-35.

- Rostagnol, S. (2016). *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*. Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República.
- Saletti-Cuesta, L. y Aizenberg, L. (2021). "Abordajes de violencias de género y de interrupción legal del embarazo en servicios de salud durante el aislamiento por COVID-19". *Salud Colectiva*, N° 17.
- Sánchez, M., Johnson, M. C. (2020). "Niñas, no madres: alianzas y disputas de sentidos en el cuerpo de Lucía". *Ciencias Sociales y Religión*, N° 22.
- 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". *Sexualidad, Salud y Sociedad*, N° 34, pp. 46-67.
- Tiseyra, M. V., Vila Ortiz, M., Romero, M., Abalos, E. y Ramos, S. (2022). "Barriers in access to legal abortion in the public health system in two Argentine jurisdictions: Rosario and Autonomous City of Buenos Aires, 2019-2020". *Salud Colectiva*, N° 18, pp. 2-16.
- Vaggione, J. M. (2012). "La 'cultura de la vida'. Desplazamientos estratégicos del activismo católico conservador frente a los derechos sexuales y reproductivos". *Religião e Sociedade*, Vol. 32, N° 2.
- Vaggione, J. M., Johnson, M. C. y Bard Wigdor, G. (2021). "Creer y decidir. Experiencias de abortos en mujeres de Córdoba, Argentina". *Religião e Sociedade*, N° 41, pp. 219-242.
- Zamberlin, N. (2015). *Estigma y aborto*. CLACAI; CEDES; PROMSEX; Population Council.