









Utilización de dos modelos en la atención al aborto en Argentina pre-Ley 27.610: 2016–2019

Erika E. Atienzo^I , Belén Grosso^{II} , Ruth Zurbriggen^{III} , David Zambrano^{III} , María Vivas^{IV} , Brianna Keefe-Oates^V , Caitlin Gerdtts^I , Alexandra Wollum^I 

^I Ibis Reproductive Health. Oakland, USA

^{II} Colectiva Feminista La Revuelta. Neuquén, Argentina

^{III} Fundación ESAR. Bogotá, Colombia

^{IV} Fundación Oriéntame. Bogotá, Colombia

^V Harvard T.H. Chan School of Public Health. Department of Social and Behavioral Sciences. Boston, USA

RESUMEN

OBJETIVO: Explorar la utilización de dos modelos para la atención al aborto en Argentina en el período 2016–2019: abortos con proveedores de servicios médicos privados pro derechos y abortos acompañados (vía autogestión y vía instituciones de salud); y comparar el perfil de quiénes acceden a estos modelos y cuándo.

MÉTODOS: Utilizamos datos de sistematizaciones de colectivas de acompañamiento en Socorristas en Red y de proveedores de servicios privados. Estimamos tasas anuales de abortos mediante estos servicios y comparamos el perfil de las poblaciones por tipo de servicio y edad gestacional (2019) utilizando estadísticas descriptivas y prueba chi-cuadrado.

RESULTADOS: En el 2016, 37 personas por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva obtuvieron abortos acompañados vía autogestión, aumentando a 111 por 100,000 en 2019, es decir, se triplicó. La tasa de abortos con proveedores fue de 18 por 100,000 en 2016 y de 33 en 2019. Mayor proporción de quienes acudieron con proveedores tenía 30 años o más y mayor proporción de personas acompañadas tenía 19 años o menos; el 11% de quienes obtuvieron abortos acompañados vía autogestión tenía más de 12 semanas de gestación en comparación con el 7% entre quienes tuvieron abortos acompañados vía instituciones de salud y el 0.2% entre quienes abortaron con proveedores. Una mayor proporción de quienes accedieron a abortos acompañados después de 12 semanas de gestación tenía menor nivel educativo, no trabajaban ni tenían cobertura de obra social, y habían tenido más embarazos e intentado interrumpir su embarazo comparando con quienes abortaron acompañadas a las 12 semanas o antes.

CONCLUSIONES: En Argentina existen modelos de atención que han garantizado el acceso a abortos seguros desde antes de la Ley 27.610. Es importante continuar visibilizando y legitimando estos modelos para que todas las personas que deciden abortar, dentro o fuera de instituciones de salud, tengan experiencias seguras y positivas.

DESCRIPTORES: Aborto Inducido. Modelos de Atención de Salud. Aborto Autogestionado. Argentina.

Correspondencia:

Alexandra Wollum
Ibis Reproductive Health
1736 Franklin St, Suite 600
94612 Oakland, CA, USA
E-mail: awollum@
ibisreproductivehealth.org

Recibido: 5 ago 2022

Aprobado: 28 oct 2022

Cómo se cita: Atienzo EE, Grosso B, Zurbriggen R, Zambrano D, Vivas M, Keefe-Oates B, et al. Utilización de dos modelos en la atención al aborto en Argentina pre-Ley 27.610: 2016–2019. Rev Saude Publica. 2023;57:36. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004993>

Copyright: Este es un artículo de el acceso abierto distribuido bajo la términos de la licencia Atribución Creative Commons, lo que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor y la fuente los originales se acreditan.



INTRODUCCIÓN

En 2021 entró en vigor en Argentina la Ley 27.610 que regula la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y la atención postaborto. Hoy personas con capacidad de gestar tienen derecho a una IVE en instituciones de salud hasta la semana catorce de gestación inclusive; y quienes sobrepasen este plazo podrán acceder a una interrupción legal (ILE) cuando el embarazo pone en riesgo su vida o salud, o si éste fue producto de una violación¹. Previo al 2021, solamente se podía acceder a una ILE bajo aquellas condiciones. Este avance reglamentario es en gran medida el resultado de años de lucha del movimiento feminista por el derecho al aborto, conocido como “Marea Verde”, cuya característica más visible es el uso de un pañuelo verde en movilizaciones y manifestaciones masivas en apoyo a dicho movimiento². El uso del pañuelo verde fue un distintivo de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito de Argentina lanzada en 2005 y, debido a su extensión por toda la región, es hoy símbolo de las luchas feministas en América Latina³.

En Argentina el sistema de salud institucional se compone de tres sectores: el público, cubriendo de manera gratuita a toda persona que lo demande, pero principalmente a quienes no tienen seguridad social o acceso a establecimientos privados; el sector de seguridad social, que cubre a personas trabajadoras asalariadas y a sus familias, así como a personas pensionadas; y el sector privado, que opera cubriendo a población beneficiaria de ciertas obras sociales y/o quienes tienen seguros privados, o bajo demanda individual. Se trata de un sistema complejo con poca integración entre sectores y elevada fragmentación al interior, cuyo principal desafío es el promover un acceso equitativo a la salud⁴.

Bajo este panorama y considerando las restricciones legales existentes previas al 2021, en Argentina existían diversos modelos que garantizaban el acceso al aborto seguro dentro o fuera de instituciones de salud. Activistas y organizaciones aliadas implementaron por más de dos décadas estrategias articuladas para garantizar abortos en este contexto restrictivo, contribuyendo a que se consolidaran distintos modelos para la atención al aborto.

Uno de estos modelos se desarrolló dentro de instituciones de salud^{5,6}, con apoyo de profesionales de la medicina integrantes de organizaciones aliadas al feminismo⁷. Bajo este modelo, proveedores de servicios de salud garantizaron servicios a personas que decidieron abortar bajo las causales cubiertas en la ley y, dentro del marco de la casual de riesgo, utilizaron la interpretación de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo a la cual “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁸. Esto les permitió considerar tanto elementos biológicos como sociales y psicológicos de la salud, promoviendo que más personas ejerzan su derecho de decidir^{7,5,9}.

Otro pilar del activismo en Argentina ha sido asegurar el acceso a abortos seguros a todas las personas que decidan abortar^{7,10}. Un modelo fundamental en asegurar dicho acceso ha sido el *Socorrismo* que se consolidó con la creación de Socorristas en Red – Feministas que abortamos (SenRed), una iniciativa feminista nacional conformada por colectivas de diferentes regiones¹¹. Estas colectivas ofrecen el modelo comunitario de *acompañamiento*, en el que activistas comparten recomendaciones de la OMS sobre el aborto con medicamentos, información sobre leyes y derechos, y apoyo durante y después del aborto vía autogestión o vía instituciones de salud de acuerdo a la decisión de las personas¹².

Aunque hoy exista la Ley 27.610, estos modelos seguirán siendo fundamentales porque las personas podrán decidir abortar fuera de instituciones de salud y también porque la existencia de modelos alternativos permitirá atender retos viejos y nuevos¹³. Por ejemplo, previo al 2021 se documentaron prácticas que demoraron o denegaron el acceso a ILE o que violentaron derechos de personas que decidieron abortar incluso bajo las causales no

punibles¹⁴⁻¹⁶. Personal de salud principalmente del sector público ha ejercido estigma al mostrar una actitud culpabilizadora o de castigo^{10,15,17}. Es esencial, por tanto, que bajo la nueva ley se ofrezcan servicios integrales, de calidad, libres de prejuicios y centrados en las necesidades de las personas que abortan¹⁸. Hoy existe el riesgo de que las barreras que ya existían ante el modelo de causales se continúen reproduciendo y que estas afecten principalmente a quienes sobrepasen las 14 semanas de gestación para abortos bajo demanda prevista en la nueva ley¹⁹. Este es un reto importante, pues la evidencia señala que personas que abortan después del primer trimestre experimentan mayor vulnerabilidad²⁰⁻²³. Además, existen amplias brechas geográficas en la provisión de ILE e IVE posley, y se sabe que en algunas provincias más conservadoras apenas se ofrecen escasos servicios de aborto¹⁹.

Es necesario, por tanto, monitorear cómo se están atendiendo estos retos, a pesar de que en Argentina las cifras sobre aborto son escasas. Datos recientes indican que la tasa de ILE e IVE a nivel nacional durante el primer semestre posterior a la aprobación de la Ley 27.610 es de 3.2 por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva¹⁹. No obstante, esta estimación excluye a personas que lo acceden por medio de establecimientos privados o modelos comunitarios. La última estimación disponible sobre abortos inducidos a nivel nacional corresponde a una publicación del 2009 que utiliza dos metodologías de acuerdo a las cuales la tasa de abortos inducidos en Argentina estaría entre 49 y 65 abortos por cada 1,000 mujeres de 15 a 49 años de edad²⁴.

En este estudio exploramos el acceso al aborto bajo dos modelos de atención (proveedores de servicios de salud proderechos y acompañamiento) previo a la Ley 27.610. Analizamos la utilización de tres servicios ofrecidos bajo dichos modelos: 1) abortos con proveedores de servicios privados; 2) abortos acompañados vía autogestión; y 3) abortos acompañados vía instituciones de salud. Este análisis mostrará cómo estos modelos están cubriendo las necesidades de diferentes poblaciones y establecerá un referente para una región donde las cifras de aborto son escasas.

Los objetivos específicos son:

- i. Analizar tendencias (2016–2019) en la utilización de tres servicios de aborto en Argentina ofrecidos por profesionales de la salud proderechos y Socorrismo.
- ii. Comparar el perfil sociodemográfico de personas que abortaron mediante los tres servicios.
- iii. Comparar el perfil sociodemográfico de personas que tuvieron abortos por medio del modelo de acompañamiento y que tenían 12 semanas o menos de gestación en comparación con quienes tenían más de 12 semanas.

MÉTODOS

Este es un análisis secundario de datos de personas que abortaron entre 2016 y 2019, provenientes de dos fuentes: a) sistematizaciones de colectivas de acompañamiento en Socorristas en Red; y b) sistematizaciones de proveedores de establecimientos privados. No se solicitó aprobación de un Comité de Ética, pues de acuerdo con la Guía para Investigaciones en Salud Humana del Ministerio de Salud, esta investigación no involucra riesgos al tratarse de datos ya disponibles, almacenados y desvinculados de la identidad de las personas.

Datos Provenientes de Colectivas de Acompañamiento

El modelo de acompañamiento de SenRed incluye un protocolo estandarizado en el que colectivas capturan información sociodemográfica de las personas que les contactan y que reciben apoyo²⁵. Para el 2019, hubo personas con abortos acompañados por SenRed en todas las regiones del país. Los datos aquí utilizados son información anónima de personas acompañadas entre 2016 y 2019 que utilizaron dos formas de apoyo: a) acompañamiento en sus abortos autogestionados; o b) acompañamiento en sus abortos vía instituciones

de salud. Excluimos información de quienes: continuaron con su embarazo; perdieron la comunicación después del primer contacto; fueron referidas a control médico o tuvieron un aborto espontáneo.

Datos Provenientes de Proveedores de Servicios de Salud Privados

Utilizamos datos recolectados por una organización anónima en la cual participan proveedores de servicios de salud del sector privado en 12 provincias. Integrantes de esta organización practican un modelo de atención integral en salud sexual con enfoque proderechos, que incluye la atención del aborto seguro, de calidad y humanizado. La información de personas que acudieron a sus servicios para obtener un aborto con medicamento o quirúrgico es capturada en un formato estándar, y para este estudio usamos datos anónimos de personas que tuvieron abortos entre 2016 y 2019. Nos referimos aquí a este modelo como “proveedores”.

Manejo de los Datos

De cada base de datos extrajimos las variables de interés e igualamos categorías de respuesta entre variables de SenRed y de proveedores. La información que obtuvimos de ambas fuentes fue: edad, edad gestacional en semanas (en el caso de SenRed es al momento de contactar a la colectiva y en el caso de proveedores es al momento de abortar), medio a través del cual se enteraron de la colectiva de acompañamiento o del servicio de proveedores y provincia en la que se accedió al servicio. También extrajimos proyecciones de la población femenina²⁶ por año, provincia y a nivel nacional en Argentina 2016–2019. En el caso de proveedores también analizamos si la persona había acudido al mismo servicio para un aborto entre 2016 y 2019, mientras que para SenRed obtuvimos la siguiente información adicional: nivel de instrucción, condición de estudiante, creencia religiosa, empleo, cobertura de obra social, experiencia de violencia machista, conocimiento previo sobre el aborto con pastillas, embarazos y abortos inducidos previos, contacto previo con la colectiva de acompañamiento e intento previo de interrumpir el embarazo. El manejo de los datos y análisis estadístico se realizó en el programa Stata 15.0.

Análisis de Datos

Con relación a las tendencias en la utilización de tres servicios de abortos (2016–2019), estimamos tasas crudas anuales de esta práctica por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva para cada servicio. Para esto obtuvimos totales de acompañamientos a abortos vía autogestión, acompañamientos a abortos vía instituciones de salud y abortos con proveedores proderechos relativos a la población femenina en edades entre 15–49 años por año para las provincias donde hubo personas que accedieron a un aborto desde los servicios analizados. Las tasas se calcularon de manera separada para cada uno de los tres servicios. No se presentan tasas estandarizadas debido a que no estuvo disponible la variable “edad” entre los datos de SenRed para 2017. No obstante, calculamos tasas estandarizadas (método directo) para el resto de los años para confirmar que las tendencias observadas con tasas crudas no se deben a diferencias en la estructura por edad de nuestras poblaciones.

Para conocer el perfil sociodemográfico de personas que usaron los tres servicios, comparamos las características de la población que accedió a los servicios utilizando estadísticas descriptivas y prueba de chi-cuadrado. Se analizaron sólo los datos de 2019, dado que las características de las poblaciones a lo largo de los años son relativamente homogéneas.

Respecto al perfil de personas que recibieron acompañamiento en sus abortos de acuerdo a edad gestacional, utilizamos estadísticas descriptivas y prueba de chi-cuadrado para comparar las características de personas acompañadas en 2019 (vía autogestión y vía instituciones de salud) en función de su edad gestacional: quienes tenían 12 semanas de gestación o menos al momento del contacto en comparación con quienes tenían más de 12 semanas. Utilizamos estas categorías de acuerdo con las clasificaciones capturadas por SenRed (8 semanas o menos, 9 a 12 semanas, 13 semanas o más)^a. Pocas personas que acudieron con proveedores tenían más de 12 semanas, por lo tanto, solo usamos datos SenRed en este objetivo.

^a Si bien el límite de edad gestacional para abortos electivos en la nueva ley es de 14 semanas, utilizamos la mejor aproximación a este margen a partir de los datos disponibles.

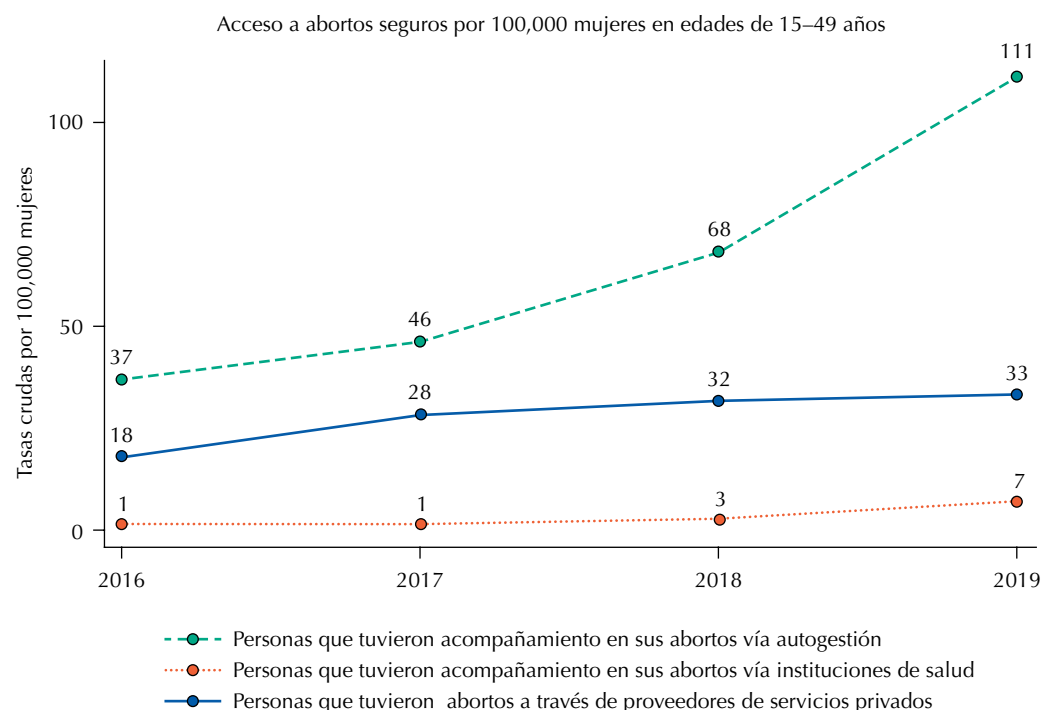
Es importante aclarar que no conocemos la identidad de género de las personas que abortaron por medio de proveedores o colectivas de acompañantes. Reconociendo que no todas las personas que abortan se identifican como mujer y que personas con otras identidades de género también pueden embarazarse y, por tanto, abortar, en el texto usamos el término “personas” para hacer referencia a quienes abortaron. No obstante, utilizamos el término “mujeres” cuando hacemos referencia a tasas pues el denominador usado para su construcción se refiere a población femenina. Utilizamos proyecciones de mujeres ya que son la mejor aproximación disponible de la población que podría necesitar servicios de aborto.

RESULTADOS

Tendencias en el Acceso a Abortos en Argentina

Entre 2016 y 2019, en Argentina 29,857 personas accedieron a abortos con acompañamiento de SenRed, de las cuales 28,454 obtuvieron abortos vía autogestión y 1,403 vía instituciones de salud. En el mismo período 8,868 personas abortaron por medio de proveedores.

En ese período, el número de personas que obtuvieron abortos acompañados vía autogestión aumentó de 3,797 en 18 provincias a 12,575 en todas las provincias en 2019. Es decir, en el 2016 hubo 37 personas que obtuvieron abortos acompañados vía autogestión por cada 100,000 mujeres de 15–49 años de edad, mientras que para el 2019 esta cifra aumentó a 111 por cada 100,000 mujeres. Esta cobertura de abortos acompañados autogestionados aumentó particularmente entre 2018 y 2019, un aumento del 163% que se puede apreciar en la Figura 1. Por otra parte, 153 personas obtuvieron abortos acompañados vía instituciones de salud en 2016, representando 1 persona por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva. Para el 2019, el total de personas con abortos acompañados vía instituciones de salud fue de 802; es decir, 7 personas por cada 100,000. En el 2016, 1,359 personas obtuvieron abortos por medio de proveedores privados, correspondiendo



^aElaboración propia utilizando proyecciones de población 2010–2040 del INDEC²⁶, datos de Socorristas en Red y de proveedores de servicios de salud privados.

Figura 1. Tendencias en el acceso a abortos seguros en Argentina 2016–2019 mediante tres modelos de atención al aborto^a.

^b Las tasas estandarizadas fueron similares a las tasas crudas (dato no mostrado).

^c Tasas específicas por grupos de edad muestran que en menores de 20 años la utilización de servicios de aborto en instituciones de salud mediante proveedores y SenRed se mantuvo estable entre 2016–2019; no obstante aumentaron los acompañamientos a abortar vía autogestión en este grupo.

^d Para descartar que las diferencias en las poblaciones en 2019 se deban a diferencias en la estructura poblacional de las provincias, ajustamos un análisis logístico multivariado con la variable dependiente “modelo” y confirmamos que ajustando por provincia, personas de 20 años o más, así como quienes tienen 12 semanas o menos de gestación tienen más posibilidades de tener abortos con proveedores en comparación con quienes tienen 19 años o menos o más de 12 semanas de gestación respectivamente (no se muestra).

a 18 personas por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva; esta cifra aumentó a 3,047 en el 2019, equivalente a 33 personas por cada 100,000 mujeres (Figura 1)^b.

La mayoría de las personas que accedieron a un aborto entre 2016 y 2019 tenía 8 semanas o menos de gestación (Figura 2). Esta población aumentó en el período analizado entre quienes recibieron acompañamiento en esta práctica en instituciones de salud (58% a 79%) ($p \leq 0.05$). La mayoría de las personas que obtuvieron abortos por medio de los tres servicios tenía entre 20–29 años (Figura 3). Con el tiempo la proporción de personas de 19 años o menos que acudieron con proveedores se redujo del 15% en 2016 al 8% en el 2019; similarmente entre quienes obtuvieron acompañamiento en sus abortos en instituciones de salud pasó del 22% al 15%^c ($p \leq 0.05$).

Comparación del Perfil de Personas que Acceden a Tres Servicios de Aborto en 2019

En 2019 la mayoría de quienes utilizaron los tres servicios tenía 20–29 años de edad ($> 50\%$), pero una mayor proporción de quienes acudieron con proveedores tenía 30 años o más (38% *versus* 28% y 29%), mientras que una mayor proporción de personas acompañadas, vía autogestión y vía instituciones de salud, tenía 19 años o menos (15% *versus* 8%) ($p \leq 0.05$). La mayoría tenía edad gestacional de 8 semanas o menos, tanto entre quienes abortaron vía proveedores (69%) como entre quienes obtuvieron abortos autogestionados (66%) y particularmente entre quienes fueron acompañadas a abortar en instituciones de salud (79%). Entre quienes obtuvieron acompañamiento, el 11% de quienes abortaron vía autogestión y el 7% de quienes abortaron vía instituciones tenían más de 12 semanas de gestación; la proporción de personas con esta edad gestacional que acudieron con proveedores fue del 0.2%^d ($p \leq 0.05$) (Tabla 1).

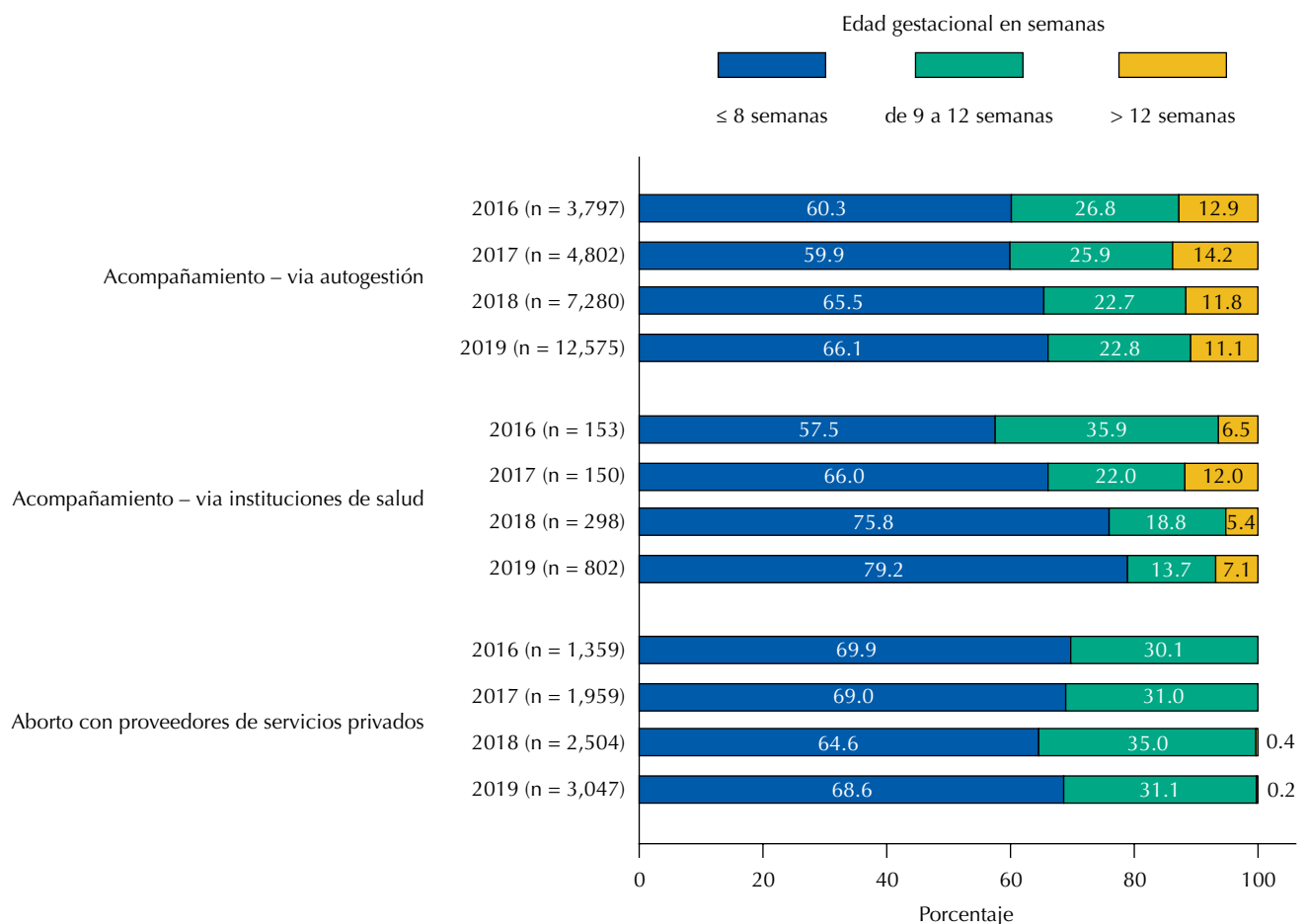


Figura 2. Distribución de la edad gestacional en personas que acceden a abortos seguros por medio de tres servicios de aborto (%). Argentina, 2016–2019.

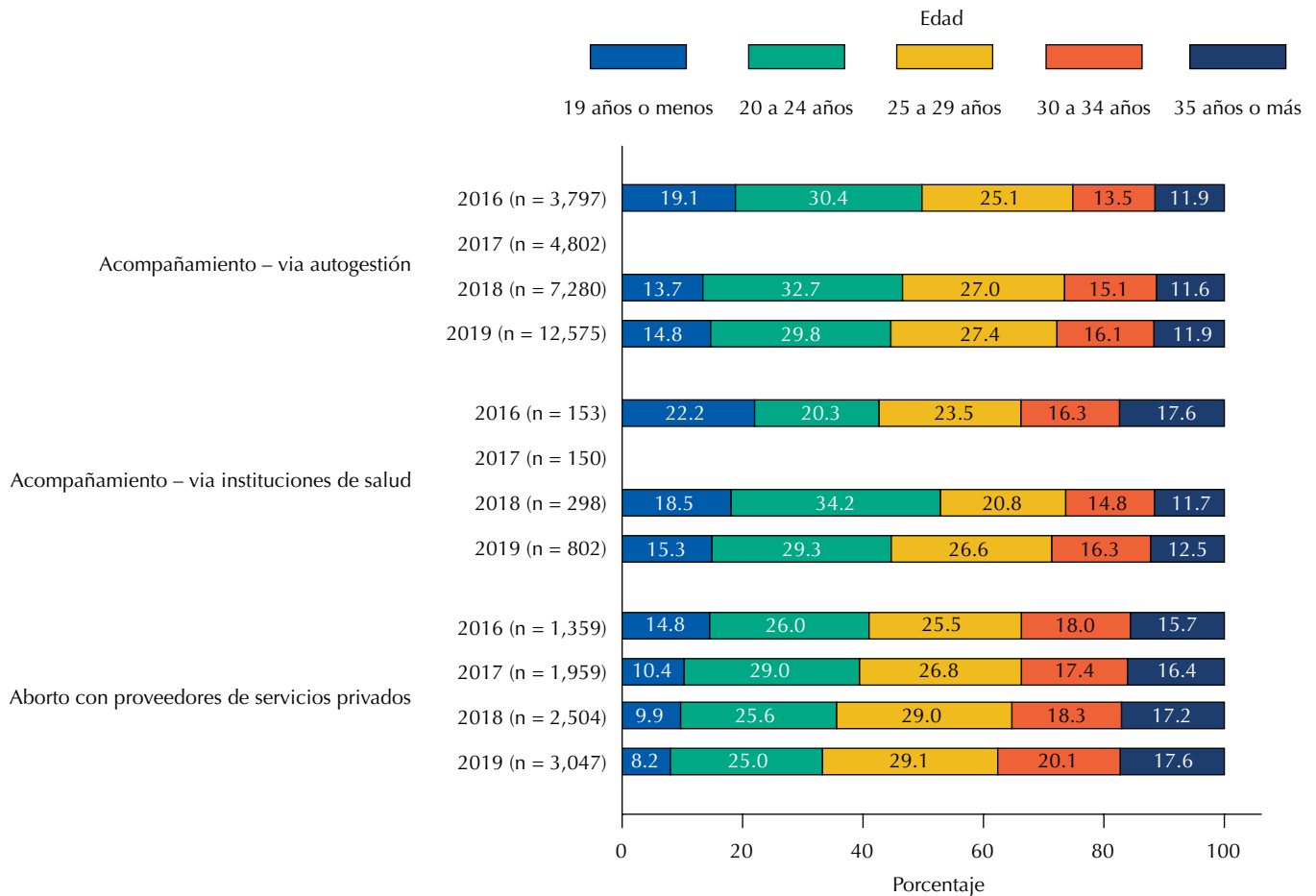


Figura 3. Distribución de edad de las personas que obtuvieron abortos seguros mediante tres servicios de aborto (%). Argentina, 2016–2019.

La principal fuente de referencia al servicio señalada por personas que obtuvieron abortos con proveedores fue una figura remitora, que incluye a activistas, acompañantes o personal de farmacias (30%), y también por parte de personas exusuarias de ese servicio (29%). En comparación, el 10% de quienes tuvieron acompañamiento en sus abortos autogestionados fueron referidas a SenRed por personal de salud y el 10% por personas previamente acompañadas por SenRed; entre personas acompañadas en instituciones de salud estas fuentes se reportaron por el 6% y el 7%, respectivamente. La principal fuente de referencia a SenRed fueron amistades (el 33% de quienes obtuvieron acompañamiento en sus abortos autogestionados y el 30% de quienes abortaron acompañadas en instituciones de salud) y medios de comunicación/internet (reportado por el 21% y el 35% de estos grupos, respectivamente) (Tabla 1).

Personas que Acceden a Abortos Acompañados Según la Edad Gestacional

Entre quienes recibieron acompañamiento en sus abortos dentro o fuera de instituciones de salud, una mayor proporción de quienes tenían edad gestacional mayor a 12 semanas fueron referidas a SenRed por personal de salud (22% *versus* 8%); tenían 19 años o menos (19% *versus* 14%), nivel de instrucción secundario o menor (63% *versus* 47%), no tenía trabajo remunerado (50% *versus* 40%), ni cobertura de obra social (68% *versus* 53%) y no era estudiante actualmente (66% *versus* 61%), comparando con quienes tenían 12 semanas de gestación o menos y que recibieron acompañamiento en sus abortos ($p \leq 0.05$). También, una mayor proporción había tenido al menos un embarazo previo a término (63% *versus* 58%) y había intentado interrumpir el embarazo actual antes de contactar a SenRed (23% *versus* 13%); ($p \leq 0.05$) (Tabla 2).

Tabla 1. Características de personas que accedieron a abortos seguros, según tipo de modelo al que acceden. Argentina, 2019^a.

	Acompañamiento en abortos vía autogestión		Acompañamiento en abortos vía instituciones de salud		Abortos vía proveedores privados	
	n	%	n	%	n	%
	12,575	100.0	802	100.0	3,047	100.0
Edad^d						
19 años o menos	1,865	14.8	123	15.3	249	8.2
20 a 24 años	3,747	29.8	235	29.3	762	25.0
25 a 29 años	3,441	27.4	213	26.6	887	29.1
30 a 34 años	2,027	16.1	131	16.3	612	20.1
35 o más	1,495	11.9	100	12.5	537	17.6
Edad gestacional en semanas^d						
Menor o igual a 8 semanas	8,312	66.1	635	79.2	2,091	68.6
De 9 a 12 semanas	2,869	22.8	110	13.7	949	31.1
Más de 12 semanas	1,394	11.1	57	7.1	7	0.2
Provincia^b						
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1,194	11.9	304	44.1	100	3.3
Buenos Aires	1,688	16.8	25	3.6	928	30.5
Córdoba	2,092	20.8	1	0.1	985	32.3
Chubut	390	3.9	39	5.7	123	4.0
Jujuy	288	2.9	0	0.0	381	12.5
Mendoza	73	0.7	12	1.7	3	0.1
Neuquén	1,410	14.0	127	18.4	76	2.5
Río Negro	551	5.5	100	14.5	151	5.0
Salta	550	5.5	22	3.2	114	3.7
Santa Fe	218	2.2	34	4.9	13	0.4
Santiago del Estero	290	2.9	0	0.0	153	5.0
Tucumán	1,326	13.2	26	3.8	20	0.7
Catamarca	200	1.6	0	0.0	NA	NA
Corrientes	77	0.6	0	0.0	NA	NA
Chaco	132	1.0	4	0.5	NA	NA
Entre Ríos	466	3.7	27	3.4	NA	NA
Formosa	7	0.1	0	0.0	NA	NA
La Pampa	101	0.8	55	6.9	NA	NA
La Rioja	229	1.8	1	0.1	NA	NA
Misiones	220	1.7	0	0.0	NA	NA
San Juan	426	3.4	7	0.9	NA	NA
San Luis	451	3.6	12	1.5	NA	NA
Santa Cruz	38	0.3	0	0.0	NA	NA
Tierra del Fuego	158	1.3	6	0.7	NA	NA
Medio a través del cual se entera del servicio^b						
La persona es exusuaria	1,266	10.1	45	5.6	98	3.2
Por persona exusuaria	1,296	10.3	57	7.1	874	28.7
Activistas ^c	531	4.2	43	5.4	NA	NA
Amistades	4,137	32.9	239	29.8	748	24.5
Algún tipo de pareja	176	1.4	10	1.2	NA	NA
Familiar	793	6.3	44	5.5	NA	NA
Internet y medios de comunicación	2,667	21.2	284	35.4	305	10.0
Persona remitora (personal de salud o farmacia, activista u otros) ^c	1,243	9.9	50	6.2	917	30.1
Otro	466	3.7	30	3.7	105	3.4

^a Datos de Socorristas en Red y proveedores de servicios de salud privados.

^b No se utilizó prueba de chi-cuadrado para la comparación de esta variable.

^c Las sistematizaciones de proveedores privados capturan la categoría "Activista" dentro de la categoría "Persona remitora".

^d $p \leq 0,05$ para la comparación entre los tres modelos.

Tabla 2. Perfil sociodemográfico de personas que obtuvieron acompañamiento en sus abortos^a según su edad gestacional. Argentina, 2019.

	≤12 semanas		>12 semanas	
	n	%	n	%
	11,926	100.0	1,451	100.0
Provincia^a				
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1,311	11.0	187	12.9
Buenos Aires	1,511	12.7	202	13.9
Catamarca	165	1.4	35	2.4
Córdoba	1,787	15.0	306	21.1
Corrientes	66	0.6	11	0.8
Chaco	115	1.0	21	1.4
Chubut	398	3.3	31	2.1
Entre Ríos	456	3.8	37	2.5
Formosa	6	0.1	1	0.1
Jujuy	256	2.1	32	2.2
La Pampa	147	1.2	9	0.6
La Rioja	215	1.8	15	1.0
Mendoza	81	0.7	4	0.3
Misiones	190	1.6	30	2.1
Neuquén	1,451	12.2	86	5.9
Río Negro	596	5.0	55	3.8
Salta	515	4.3	57	3.9
San Juan	409	3.4	24	1.7
San Luis	416	3.5	47	3.2
Santa Cruz	35	0.3	3	0.2
Santa Fe	209	1.8	43	3.0
Santiago del Estero	237	2.0	53	3.7
Tucumán	1,210	10.1	142	9.8
Tierra del Fuego	144	1.2	20	1.4
Medio a través del cual se entera de SenRed^b				
Es exusuaria	1,176	9.9	135	9.3
Otra exusuaria	1,205	10.1	148	10.2
Activista	508	4.3	66	4.5
Amigx	4,031	33.8	345	23.8
Algún tipo de pareja	170	1.4	16	1.1
Familiar	747	6.3	90	6.2
Internet y medios de comunicación	2,658	22.3	293	20.2
Personal de salud u otro remitir	978	8.2	315	21.7
Otro	453	3.8	43	3.0
Edad^b				
19 años o menos	1,707	14.3	281	19.4
20 a 24 años	3,528	29.6	454	31.3
25 a 29 años	3,270	27.4	384	26.5
30 a 34 años	1,971	16.5	187	12.9
35 o más	1,450	12.2	145	10.0

Continua

Tabla 2. Perfil sociodemográfico de personas que obtuvieron acompañamiento en sus abortos^a según su edad gestacional. Argentina, 2019. Continuación

Mayor nivel de instrucción alcanzado ^b				
Primaria o menos	295	2.5	68	4.7
Secundario	5,313	44.5	852	58.7
Terciario	3,025	25.4	292	20.1
Universitario	3,293	27.6	239	16.5
Estudia actualmente ^b				
No	7,317	61.4	964	66.4
Sí	4,609	38.6	487	33.6
Tiene trabajo remunerado ^b				
No	4,800	40.2	732	50.4
Sí	7,126	59.8	719	49.6
Tiene cobertura de obra social ^b				
No	6,383	53.5	985	67.9
Sí	5,543	46.5	466	32.1
Creyente de alguna religión				
No	5,456	45.7	626	43.1
Sí	6,470	54.3	825	56.9
Ha sufrido violencias machistas alguna vez ^b				
No	2,623	22.0	390	26.9
Sí	9,303	78.0	1,061	73.1
Sabía del aborto con pastillas antes de contactar a la grupa de acompañamiento				
No	1,749	14.7	219	15.1
Sí	10,177	85.3	1,232	84.9
Embarazos previos a término ^b				
No	4,989	41.8	533	36.7
Sí	6,937	58.2	918	63.3
Abortos previos				
No	9,226	77.4	1,148	79.1
Sí	2,700	22.6	303	20.9
Utilizó servicios de la Grupa con anterioridad				
No	10,292	86.3	1,249	86.1
Sí	1,634	13.7	202	13.9
Intentó interrumpir el embarazo antes de contactar a la grupa de acompañamiento ^b				
No	10,365	86.9	1,115	76.8
Sí	1,561	13.1	336	23.2

^aDatos de Socorristas en Red. Incluye acompañamientos en abortos vía autogestión y vía instituciones de salud;

^bp ≤ 0,05.

DISCUSIÓN

En este estudio exploramos tendencias en la utilización de tres servicios de aborto en el período 2016–2019: i) abortos por medio de proveedores de servicios de salud privados; ii) abortos acompañados vía autogestión; y iii) abortos acompañados vía instituciones de salud. Observamos un incremento en la utilización de estos servicios previo a la Ley 27.610, particularmente con relación a acompañamientos en abortos autogestionados cuya cobertura se triplicó, con un aumento notorio a partir del 2018. Esto puede relacionarse

con la consolidación de colectivas SenRed en todo el país; los debates alrededor de la legalización del aborto en 2018 en Argentina; e importantemente a una mayor visibilidad de los acompañamientos a raíz de la Marea Verde.

La mayoría de las personas abortaron a las ocho semanas de gestación o menos, tanto dentro como fuera de instituciones de salud, y este acceso temprano fue más notorio con los años, sugiriendo que la disponibilidad de la información, las fuentes de apoyo y las vías para acceder a abortos seguros han mejorado con el tiempo. No obstante, se identificaron algunas brechas. En el nuevo régimen legal, las personas más vulnerables son quienes podrían experimentar mayores barreras para abortar en instituciones de salud considerando su edad gestacional. Esta conclusión deriva del hallazgo de que las personas que fueron acompañadas en sus abortos y que tenían más de 12 semanas de gestación tienen menor nivel educativo, menor edad, y la mayoría no tiene trabajo remunerado ni cobertura de obra social, y habían intentado interrumpir su embarazo antes de contactar a SenRed. La evidencia sugiere que esta población podría experimentar mayores obstáculos, primero para reconocer su embarazo, y posteriormente para acceder a servicios o para identificar redes o recursos que les conecten a fuentes de aborto seguro^{20,22}; es decir, las barreras para el acceso a esta práctica se reproducen en distintos ámbitos²⁷. Podría ser incluso que algunas personas acudan a diferentes proveedores que niegan la atención o bien que intenten terminar por su cuenta el embarazo sin acceso a algún recurso, todo esto traduciéndose en una mayor edad gestacional al momento de abortar. El modelo feminista de acompañamiento garantiza el acceso a abortos más allá del primer trimestre, sobre todo en contextos legalmente restrictivos^{23,28}.

Por otro lado, nuestros resultados sugieren posible vinculación entre acompañantes y proveedores pro derechos. Las personas con más de 12 semanas de gestación fueron referidas a SenRed por personal de salud y tres de cada 10 personas que accedieron a abortos con proveedores fueron referidas por figuras remisoras en las que se incluyen activistas. Es posible que esta población de proveedores esté refiriendo a personas que pasan del primer trimestre a otros modelos de aborto como el Socorrismo. Además, hoy sabemos que proveedores de servicios de salud pro derechos también participan en activismo o colaboran con organizaciones feministas⁶ y que muchas personas que abortan han llegado a instituciones de salud debido a referencias de organizaciones feministas¹⁴. Por ejemplo, durante el primer semestre del 2021, el 22% de las personas que contactaron a SenRed decidieron solicitar un aborto en alguna institución de salud, entre quienes el 86% lo accedió en el sistema público²⁹. Nuestro análisis confirma que en un contexto predespenalización las distintas líneas de acción colectivas por el derecho a abortar coinciden y promueven experiencias para la atención segura al aborto^{7,30}.

Nuestros datos sugieren además que la coexistencia de estos modelos facilita el que se llegue a distintas poblaciones. Los resultados parecen evidenciar que el modelo de acompañamiento está llegando a las más jóvenes. Bajo la nueva ley será importante garantizar la coexistencia y vinculación de estos modelos para llegar a todas las personas que decidan abortar, porque las personas van a seguir abortando en instituciones de salud, en sus casas o con el apoyo de acompañantes^{31,32}. Además, estudios en contextos de cambios de leyes progresivos han mostrado barreras para el acceso a servicios posley como el rezago en el acceso por parte de ciertas poblaciones como quienes tienen bajo nivel socioeconómico^{20,27,33-35}, barreras logísticas que retrasan los procedimientos²⁰ u objeción de conciencia o negación y, por tanto, falta de proveedores de servicios^{35,36}. Así acompañantes y profesionales de la salud serán esenciales para garantizar el acceso equitativo.

A continuación, señalamos algunas limitaciones. Este análisis considera sólo a la población que accede a estos modelos y no representa a todas las personas que abortan en Argentina. La cantidad de variables comparables entre los modelos fue limitada; además, no realizamos una comparación de la población que accede a cada modelo/servicio de aborto de acuerdo a su edad gestacional porque poca gente obtuvo abortos más allá de las 12 semanas vía proveedores y porque antes del 2020 pocas personas obtuvieron acompañamiento en

sus abortos vía instituciones de salud, reduciendo el poder para realizar comparaciones. Sólo pudimos comparar el perfil de quienes acceden a abortos acompañados utilizando como punto de corte las 12 semanas de gestación y no las 14 previstas en la ley vigente. Por último, hacemos referencia a la construcción de tasas, pero el uso de este término es cuestionable pues asume el mismo nivel de exposición de todas las personas al evento de interés (aborto) en el período observado.

Para concluir, es importante garantizar el acceso a quienes decidan abortar en instituciones de salud y al mismo tiempo continuar visibilizando el modelo de acompañamiento para que quien decida abortar fuera de estas, quienes por ley no lo puedan hacer o quienes experimenten mayores barreras para la atención tengan opciones seguras. Es imperativo promover el acceso inmediato cuando se decide abortar y redoblar esfuerzos para que el ciclo de marginación de la población que presenta desventaja social no se reproduzca. La articulación entre proveedores de servicios médicos y activistas puede reducir brechas en el acceso, y la implementación de la nueva ley presenta una oportunidad para fortalecer estos vínculos, sobre todo en regiones en donde existen pocos servicios de aborto disponibles. Son necesarias investigaciones para entender quienes no están accediendo a abortos; qué factores pesan al decidir dónde abortar y cómo es la experiencia de abortar en el nuevo contexto legislativo.

REFERENCIAS

1. Ley 27610, 30 dez 2020. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial de la República Argentina, 15 ene 2021 [citado 5 ago 2022]. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>
2. Alonso D, Brussino S. Abortion legalization and social representations of feminism in Argentina. *Papers Social Representations*. 2021;30(2):3.1-23.
3. Elizalde S, Mateo N. Las jóvenes: entre la “marea verde” y la decisión de abortar. *Salud Colect*. 2018;14(3):433-46. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.2026>
4. Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. *Salud Publica Mex*. 2011;53 Suppl 2:s96-108. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000800006>
5. McReynolds-Pérez J. Abortion as empowerment: reproductive rights activism in a legally restricted context. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Nov;17(Suppl 2):350. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1498-y>
6. Fernández Vázquez SS, Brown J. From stigma to pride: health professionals and abortion policies in the Metropolitan Area of Buenos Aires. *Sex Reprod Health Matters*. 2019 Nov;27(3):1691898. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1691898>
7. Ruibal A, Fernandez Anderson C. Legal obstacles and social change: strategies of the abortion rights movement in Argentina. *Polit Groups Identities*. 2020;8(4):698-713. <https://doi.org/10.1080/21565503.2018.1541418>
8. Organización Mundial de la Salud. Gobernanza. Documentos básicos. 49ª edición: con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de mayo de 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 [citado 5 ago 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/s/index.html>
9. González Vélez AC. “The health exception”: a means of expanding access to legal abortion. *Reprod Health Matters*. 2012 Dec;20(40):22-9. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)40668-1](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(12)40668-1)
10. McReynolds-Pérez J. No doctors required: lay activist expertise and pharmaceutical abortion in Argentina. *Signs*. 2017;42(2):349-75. <https://doi.org/10.1086/688183>
11. Socorristas en Red (feministas y transfeministas que abortamos). Quiénes somos. 2022 [citado 5 ago 2022]. Disponible en: <https://socorristasenred.org/quienes-somos/>
12. Moseson H, Jayaweera R, Raifman S, Keefe-Oates B, Filippa S, Motana R, et al. Self-managed medication abortion outcomes: results from a prospective pilot study. *Reprod Health*. 2020 Oct;17(1):164. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01016-4>

13. Ramos S, Romero M, Ramón Michel A. Health care providers' opinions on abortion: a study for the implementation of the legal abortion public policy in the Province of Santa Fe, Argentina. *Reprod Health*. 2014 Sep;11(1):72. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-72>
14. Cascardo F, Robaina I, Testoni E, Trebotic G. Violencias en el acceso al aborto. Un acercamiento desde la red de profesionales por el derecho a decidir en la regionales Zona Oeste PBA y Mendoza. Buenos Aires: Observatorio de Géneros y Políticas Públicas; 2021 [citado 5 ago 2022]. Disponible en: <http://redsaluddecidir.org/2021/12/29/informe-violencias-en-acceso-al-aborto/>
15. Szulik D, Zamberlin N. La legalidad oculta: Percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud. *Sex, Salud Soc (Rio J)*. 2020;(34):46-67. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.04.a>
16. Ramos S, Romero M, Ramón Michel A, Tiseyra MV, Vila Ortiz M. Experiencias y obstáculos que enfrentan las mujeres en el acceso al aborto. Buenos Aires: CEDES; 2020 [citado 5 ago 2022]. Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4580>
17. Szulik DE, Zamberlin N. Trayectorias profesionales de médicos y médicas proveedores de interrupción legal del embarazo en Argentina [FLASOG]. *Bol Feder Latinoam Soc Obstet Ginecol*. 2017;5(3):6-14.
18. Vacarezza, Nayla Luz. 2022. Saberes y perspectivas activistas para la implementación de la ley de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Jornadas de Investigación Instituto de Investigaciones Políticas/ Escuela de Política y Gobierno UNSAM, 19-21 abril 2022, Buenos Aires. San Martín: Unsam; 2022.
19. Romero M, Ramos S, Ramón Michel A, Keefe-Oates B, Rizzalli E. Proyecto mirar: a un año de la ley de aborto en Argentina. Buenos Aires: CEDES/Ibis Reproductive Health; 2021 [citado 5 ago 2022]. Disponible en: https://proyectomirar.org.ar/reporte/PROYECTO_MIRAR_reporte_aniversario_ley_VF.pdf
20. Baum S, DePiñeres T, Grossman D. Delays and barriers to care in Colombia among women obtaining legal first- and second-trimester abortion. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015 Dec;131(3):285-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.036>
21. Foster DG, Kimport K. Who seeks abortions at or after 20 weeks? *Perspect Sex Reprod Health*. 2013 Dec;45(4):210-8. <https://doi.org/10.1363/4521013>
22. Jones RK, Finer LB. Who has second-trimester abortions in the United States? *Contraception*. 2012 Jun;85(6):544-51. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.10.012>
23. Zurbriggen R, Keefe-Oates B, Gerds C. Accompaniment of second-trimester abortions: the model of the feminist Socorrista network of Argentina. *Contraception*. 2018 Feb;97(2):108-15. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.07.170>
24. Mario S, Pantelides EA. Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. *Notas Población*. 2009 [citado 5 ago 2022];35(87):95-120. Available from: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12842>
25. Burton J. Números activistas: acerca de la producción de datos del activismo feminista que acompaña a mujeres que abortan con medicación. En: Panel 35 Feminismo y Políticas de Género. 8º Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales: las luchas por la igualdad, la justicia social y la democracia em un mundo turbulento; Primer Foro Mundial del Pensamiento Crítico. 17-18 nov 2018 [citado 5 ago 2022; Buenos Aires, Argentina]. Disponible en: https://www.clacso.org.ar/conferencia2018/presentacion_ponencia.php?ponencia=2018411135838-8446-pi
26. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Proyecciones de población por sexo y grupo de edad 2010-2040, para cada provincia. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2013 [citado 10 jun 2021]. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-85>
27. Becker D, Diaz-Olavarrieta C, Juarez C, Garcia SG, Sanhuesa Smith P, Harper CC. Sociodemographic factors associated with obstacles to abortion care: findings from a survey of abortion patients in Mexico City. *Womens Health Issues*. 2011;21(3 Suppl):S16-20. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.009>
28. Bercu C, Moseson H, McReynolds-Pérez J, Wilkinson Salamea E, Grosso B, Trpin M, et al. In-person later abortion accompaniment: a feminist collective-facilitated self-care practice in Latin America. *Sex Reprod Health Matters*. 2021;29(3):2009103. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.2009103>

29. Socorristas en Red (feministas y transfeministas que abortamos). Acompañamientos a abortar realizados por SenRed durante el 1° semestre del 2021. Buenos Aires: Socorristas em Red; 2021 [citado 5 ago 2022]. Parte 3. Sobre acompañamientos a abortar en el sistema de salud. Socorristas en Red. Disponible en: <https://socorristasenred.org/primer-semester-2021/>
30. Fernandez SS, Szwarc L. Aborto medicamentoso: transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina. *Reviise*. 2018;12(12):163-77.
31. Veldhuis S, Sánchez-Ramírez G, Darney BG. Locating autonomous abortion accompanied by feminist activists in the spectrum of self-managed medication abortion. *Stud Fam Plann*. 2022 Jun;53(2):377-87. <https://doi.org/10.1111/sifp.12194>.
32. Yanow S, Pizarrossa LB, Jelinska K. Self-managed abortion: exploring synergies between institutional medical systems and autonomous health movements. *Contraception*. 2021 Sep;104(3):219-21. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.06.006>
33. Díaz Olavarrieta C, Bonifaz Alfonso L, Sanhueza-Smith P, Fajardo Dolci GE, Guevara-Guzmán R, Aburto-Arciniega MB, et al. Twelve years after abortion decriminalization in Mexico City: can we still remain an island of liberties? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020 Jan;62:63-78. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.07.009>
34. Senderowicz L, Sanhueza P, Langer A. Education, place of residence and utilization of legal abortion services in Mexico City, 2013-2015. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2018 Jun;44(2):43-50. <https://doi.org/10.1363/44e6318>
35. Cárdenas R, Labandera A, Baum SE, Chiribao F, Leus I, Avondet S, et al. "It's something that marks you": abortion stigma after decriminalization in Uruguay. *Reprod Health*. 2018 Sep;15(1):150. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0597-1>
36. Ramón Michel A, Ariza Navarrete S. Objeción de conciencia y aborto: la libertad consciente. En: Ramos S, comp. *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES; 2015. p. 17.

Contribución de los Autores: Diseño y planificación del estudio: BG, RZ, DZ, MV, CG, AW. Recopilación, análisis e interpretación de los datos: EEA, BKO, AW. Redacción o revisión del manuscrito: EEA, AW, BKO. Aprobación de la versión final: EEA, BG, RZ, DZ, MV, CG, AW. Responsabilidad pública por el contenido del artículo: AW.

Conflicto de Intereses: Los autores declaran no haber conflicto de intereses.