

“Es una carrera contra el reloj”: Un análisis cualitativo de las barreras al aborto legal en Bogotá, Colombia

CONTEXTO: En 2006, La Corte Constitucional de la República de Colombia emitió una decisión que en gran medida despenalizó el aborto; sin embargo, el aborto ilegal persiste. Comprender las barreras que conducen a las mujeres a acudir a abortos ilegales e inseguros podría ayudar a mejorar el acceso a los servicios legales.

MÉTODOS: En 2014 se condujeron entrevistas en profundidad con 17 mujeres de 18 años de edad o mayores que habían tenido abortos legales el año anterior en Bogotá, Colombia, con el fin de identificar barreras de acceso al aborto y esclarecer las formas por las cuales estas barreras afectan la toma de decisiones de las mujeres en relación con el aborto. Las transcripciones de las entrevistas se codificaron y analizaron mediante técnicas estándar para identificar patrones, paralelismos y diferencias; un enfoque fenomenológico guio el análisis temático.

RESULTADOS: Las barreras relacionadas con conocimientos e información, junto con las barreras logísticas, emocionales, financieras, culturales y religiosas culminaron en retrasos a la hora de obtener servicios integrales de aborto. La religión influyó en el estigma social, el cual se manifestó con mayor fuerza en conductas obstructivas por parte de proveedores de servicios de salud y compañías de seguros de salud. Fue evidente la falta de comprensión en torno a las leyes actuales de aborto y a la objeción de conciencia por parte de pacientes, proveedores de servicios de salud y aseguradoras.

CONCLUSIONES: Se necesita difundir información precisa relacionada con la disponibilidad del aborto legal y clínico. Una mejor capacitación puede ayudar a médicos, enfermeras y personal de las compañías de seguros a comprender sus roles y responsabilidades legales en la atención del aborto y reducir los retrasos en el acceso de las mujeres a los servicios.

Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2018, pp. 11–20, <https://doi.org/10.1363/SP01118>

Por Chelsey E. Brack, Roger W. Rochat y Oscar A. Bernal

Cuando se escribió este artículo, Chelsey E. Brack estudiaba en la Escuela de Salud Pública Rollins de la Universidad Emory, Atlanta, GA, EE. UU., y en el programa de asistente médico en la Universidad Samuel Merritt en Oakland, California, EE. UU. Roger W. Rochat es profesor, Departamento de Salud Global Hubert, Escuela de Salud Pública Rollins, Universidad Emory. Oscar A. Bernal es director del Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.

En muchas partes del mundo, el aborto inseguro y clandestino contribuye significativamente a la morbilidad y mortalidad materna. Las complicaciones derivadas de los abortos inseguros pueden incluir hemorragia, sepsis y trauma, cualquiera de las cuales puede llevar a la muerte.¹ Las tasas de mortalidad materna por aborto van desde menos de una muerte por 100,000 nacidos vivos en países con políticas liberales de aborto a 34 muertes por 100,000 nacidos vivos en países con leyes de aborto restrictivas.¹ En América Latina, los abortos inseguros son responsables de 30 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos anualmente; y el 95% de los abortos inducidos en la región son inseguros.² Además, la proporción de muertes maternas que resultan del aborto inseguro es más alta en América Latina que en cualquier otra región.^{3,4}

Una gran cantidad de estudios realizados en todo el mundo ha demostrado que las restricciones legales al acceso al aborto actúan como barreras para el aborto seguro.^{1,3,5–9} Estudios en México,⁷ Nepal,¹⁰ Australia,¹¹ Ghana,¹² India,¹³ Estados Unidos^{14–16} y Colombia¹⁷ han encontrado que las barreras educacionales, físicas, económicas, emo-

cionales, religiosas y sociales—actuando por separado o en conjunto—resultan en demoras en la obtención del aborto.

En 2006, una resolución histórica en la Corte Constitucional colombiana, la C-355/2006, despenalizó parcialmente el aborto. Esta decisión perfiló varias situaciones en las cuales el aborto está permitido legalmente, que incluyen aquellas en las que la vida o la salud de la mujer están en riesgo, aquellas en las que hay una deformidad fetal que es incompatible con la vida o aquellas en las que el embarazo es el resultado de una violación o incesto.^{18,19} Esta resolución es una de las pocas en América Latina que no limita el aborto por edad gestacional.

A pesar de esta liberalización y la posterior disponibilidad legal del aborto, la gran mayoría de los abortos en Colombia siguieron siendo ilegales. En 2008, última fecha para la cual hay datos disponibles, la tasa estimada de aborto fue de 39 abortos por cada 1,000 mujeres de entre 15 y 44 años, lo que se traduce en 400,400 abortos; sin embargo, hubo solo 322 abortos legales registrados.²⁰ No es claro el motivo de la alta proporción de abortos que fueron ilegales dos años después de la resolución de la Corte y los

datos anecdóticos sugieren que la situación actual permanece en gran parte sin cambios. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (La Mesa) —una organización de defensa de los derechos reproductivos con base en Bogotá— publicó un informe sobre las barreras que experimentaron sus clientas cuando buscaban servicios de aborto en 2014, mencionando como las más importantes las barreras legales, económicas y religiosas, así como la falta de información.²¹ Desde 2006, la implementación de la resolución de la Corte ha sido inconsistente y a muchas mujeres se les siguen negando los servicios de aborto o experimentan retrasos cuando tratan de obtenerlos.²¹⁻²³

A pesar de las directrices proporcionadas por la resolución C-355/2006, continuó habiendo desacuerdos fundamentales sobre la provisión de servicios de aborto en Colombia. Los actores clave—incluidos los administradores y médicos de hospitales—tenían conocimientos diferentes sobre la promulgación de la ley y una comprensión desigual de los requisitos y compromisos éticos, legales y médicos establecidos por la resolución.^{19,24,25} En un intento por aclarar los derechos y las responsabilidades legales de proveedores de servicios de salud a nivel individual y de los hospitales, la Corte Constitucional de Colombia emitió una resolución en el año 2008 que establece que los proveedores de servicios tienen el derecho a la objeción de conciencia; es decir, los proveedores tienen el derecho de negarse a realizar abortos si su negativa se basa en una convicción religiosa establecida.²⁶ Esta resolución nacional, conocida como T-209/2008, establece que las instituciones de salud como los hospitales, no tienen derecho a adoptar la objeción de conciencia como política institucional; y, específicamente, otorga ese derecho solo a los médicos. Además, la T-209/2008 deja en claro que los médicos obligados a referir a las pacientes a servicios de aborto en otros lugares; y, además, que las instituciones tienen el deber de garantizar la disponibilidad de médicos no objetores a quienes puedan referirse las pacientes.^{26,27}

A pesar de la resolución de 2008, muchos centros de atención médica continúan rechazando ilegalmente a todas las pacientes que buscan servicios de aborto.²¹ Además, muchos médicos colombianos se sienten incómodos con respecto a la provisión de servicios de aborto. Algunos se niegan de manera ilegal y carente de ética a referir a sus clientes a proveedores dispuestos a prestar los servicios, tratan de impedir que las pacientes obtengan servicios o toman decisiones caso por caso cuando las pacientes solicitan un aborto en lugar de seguir los estándares establecidos por ley.^{24,25}

Conforme a la garantía del derecho a la salud contenido en la Constitución de Colombia, en el país se aplica un sistema de atención médica universal que da cobertura a más del 96% de sus residentes.²⁸ Los ciudadanos colombianos pueden elegir su compañía de seguros, conocida como Entidad Promotora de Salud (EPS). Las EPS venden paquetes de servicios de salud al público y contratan a instituciones de atención médica para que presten esos servicios.^{28,29}

Existen subsidios gubernamentales disponibles para quienes no pueden pagar el costo total de las primas de la EPS.

Si una EPS se niega a pagar por algún tratamiento o servicio, el paciente tiene derecho a impugnar la denegación en un tribunal mediante un mecanismo legal conocido como tutela. La moción debe ser aprobada por un juez en el transcurso de 10 días; pero no es claro con qué frecuencia el fallo está a favor del paciente.³⁰ Según la ley, cada EPS debe cubrir los servicios de aborto, pero muchas mujeres en Colombia desconocen su derecho a usar una tutela para obtener un aborto si se les han negado los servicios.²¹

A nivel mundial, un mayor acceso legal al aborto se asocia con una menor incidencia de aborto inseguro; sin embargo, cuando la ley se aplica e interpreta de manera diferente, las poblaciones vulnerables (las mujeres que tienen menos recursos económicos y las que carecen de proximidad a la atención médica) serán las más afectadas por la falta de acceso.⁵ A pesar de la disponibilidad del aborto legal en Colombia en hospitales públicos, en hospitales de universidades privadas y en algunas clínicas, las barreras al acceso han conducido a una incidencia consistentemente alta del aborto ilegal.^{20,31} En este estudio, tratamos de identificar las principales barreras para el aborto legal y de explorar las formas en que esas barreras pueden operar por separado y en conjunto para retrasar la obtención de atención de aborto legal de alta calidad.

MÉTODOS

Muestra y recolección de datos

Llevamos a cabo 17 entrevistas en profundidad entre junio y julio de 2014, con mujeres que habían tenido abortos legales en Bogotá, Colombia. Las mujeres eran elegibles para su inclusión en el estudio si tenían 18 años o más, habían tenido un aborto en los últimos 12 meses y mostraban competencia verbal en español.

Debido a la naturaleza sensible del tema de investigación, reclutamos a las entrevistadas a través de una colaboración con La Mesa y con cuatro clínicas en Bogotá. Dos de las clínicas—Centro Amigable Centro Oriente (CAMI CO) y Centro Amigable Suba (CAMI Suba)—eran públicas; y dos—Clínica-Piloto (Profamilia) y Clínica-Teusaquillo Oriéntame (Oriéntame)—eran privadas. Los cuatro sitios fueron seleccionados porque constituyen una pequeña red de clínicas que generalmente sirven como el primer punto de contacto para las mujeres que buscan un aborto en Bogotá y ofrecen servicios de aborto hasta las 14 semanas de gestación. Los directores de las clínicas, los representantes del comité de ética y psicólogos de las clínicas, así como los abogados de La Mesa identificaron y refirieron a las posibles participantes. Las mujeres referidas por La Mesa habían recibido servicios legales de la organización y habían experimentado demoras marcadamente prolongadas para obtener el servicio de aborto.

La primera autora de esta investigación invitó a las mujeres referidas a participar en el estudio; aproximadamente una de cada 4 o 5 estuvo de acuerdo en participar. Se reclutó un número similar de entrevistadas (3 o 4) de cada

una de las cinco fuentes, de manera consistente con el muestreo intencional. Este esquema de muestreo produjo saturación temática.

Las entrevistas fueron realizadas en persona en español por la primera autora, quien las grabó usando una tableta. Las entrevistas se llevaron a cabo en consultorios privados proporcionados por las clínicas y duraron entre 30 minutos y dos horas (mediana, una hora y 10 minutos).

Guía para la entrevistas en profundidad

Los dos primeros autores crearon una guía de entrevistas en profundidad basada en el modelo de los Tres Retrasos (Three Delays), que describe tres tipos principales de retrasos que impiden la atención relacionada con el embarazo durante las emergencias obstétricas: retraso en la decisión de buscar atención médica (retraso #1), retraso en la llegada a un centro de salud (retraso #2) y retraso en recibir atención adecuada (retraso #3).³² La guía motivó a las participantes a responder una serie de preguntas sobre su experiencia al obtener atención de aborto, su conocimiento de los servicios disponibles, las barreras que experimentaron para obtener atención de aborto y sus actitudes hacia el aborto. El tercer autor, originario de Colombia, revisó la competencia y relevancia cultural de la guía. La guía consistió en preguntas abiertas en cuatro áreas conceptuales: reconocimiento de embarazo, búsqueda de atención médica, llegada a un centro médico y recepción de un tratamiento efectivo. La inclusión del último dominio tenía como objetivo descubrir información sobre el tipo de tratamiento, incluida la calidad, la seguridad y la integralidad de los servicios prestados. Algunos ejemplos de preguntas formuladas en la entrevista incluyen: “¿Puedes describir cómo descubriste que estabas embarazada?” “¿Puedes comentarnos sobre cualquier oposición que enfrentaste mientras decidías si buscar o no un aborto?” “¿Cómo supiste sobre esta instalación?” y “¿Cómo describirías tu experiencia general de abortar?”

La primera autora escribió notas después de cada entrevista, tomó en cuenta los temas emergentes e incorporó nuevos temas iterativamente en las preguntas y sondeos subsiguientes de la entrevista.

Análisis de los datos

Un transcriptor colombiano en Bogotá registró las entrevistas textualmente. Elegimos a un colombiano para esta tarea con el fin de preservar los matices culturales en las narraciones de las participantes. Las transcripciones de las entrevistas se importaron en MaxQDA10. Todo el análisis de los datos fue realizado en español por la primera autora. Las transcripciones de la entrevista se codificaron y analizaron utilizando técnicas de análisis cualitativo estándar, que incluyen la elaboración de memos y codificación tanto a priori como inductiva, para encontrar patrones, paralelismos y diferencias. Los análisis se realizaron utilizando un enfoque fenomenológico, que se centró en la exploración en profundidad de la experiencia de cada participante en la obtención de un aborto legal. A medida que surgieron

las complejidades y los matices de los datos, desarrollamos un marco conceptual para ilustrar los patrones comunes en torno a este fenómeno en particular;³³ y lo conectamos a un marco previamente publicado. Validamos el enfoque fenomenológico utilizando la bibliografía sobre el tema de la toma de decisiones sobre el aborto y las barreras al acceso al aborto.

La aprobación ética para este estudio fue otorgada por la Junta de Revisión Institucional de la Universidad Emory y por los comités de ética de la investigación de la Universidad de los Andes, la Fundación Oriéntame y Profamilia. Antes de las entrevistas, cada mujer proporcionó un consentimiento informado por escrito para ser entrevistada y para que se grabara su conversación. No dimos compensación alguna a las participantes por su tiempo.

RESULTADOS

Participantes en el estudio

Las 17 participantes tenían edades comprendidas entre 18 y 39 años (mediana, 25) y habían tenido un aborto legal entre dos semanas y 11 meses antes de la entrevista (mediana, seis semanas). Ocho de las mujeres no tenían hijos, siete tenían un hijo (rango de edad, 1 a 14 años), una tenía dos hijos adolescentes y una tenía tres hijos pequeños (rango de edad, 2 a 8 años). La edad gestacional en el momento del aborto varió de cuatro a 22 semanas (mediana, nueve semanas). Dieciséis mujeres declararon que habían buscado servicios de aborto porque el embarazo había amenazado su salud emocional. Una dijo que un médico le había indicado que necesitaba un aborto porque el embarazo amenazaba su salud física y que probablemente no

CUADRO 1. Características selectas de las mujeres que participaron en las entrevistas en profundidad sobre barreras al aborto legal, Bogotá, Colombia, 2014

Característica	Núm. de participantes
Edad	
18–24	7
25–31	8
32–39	2
Estado conyugal	
Soltera	9
En una relación	8
Afiliación religiosa	
Católica	16
Cristiana evangélica	1
Situación de empleo	
Desempleada	5
Empleada	6
Estudiante de tiempo completo	5
Nivel de educación	
Primaria	0
Secundaria	14
Universidad	3
Momento del aborto	
Primer trimestre	12
Segundo trimestre	5

sobreviviría. Ninguna dijo que su embarazo había sido el resultado de una relación sexual no deseada. Las 17 residían en Bogotá.

Nueve de las mujeres participantes eran solteras; el resto reportó estar en una relación (Cuadro 1). La mayoría de las mujeres eran católicas y una reportó ser cristiana evangélica. Un tercio eran estudiantes, un tercio estaban desempleadas y el resto tenía un ingreso habitual. Todas las mujeres tenían al menos educación secundaria. Doce mujeres habían tenido un aborto durante el primer trimestre y cinco durante el segundo trimestre de su embarazo.

Las 17 participantes visitaron inicialmente una de las cuatro clínicas de aborto de primer contacto, pero finalmente cinco mujeres abortaron en uno de cinco hospitales, dos de los cuales eran privados (Clínica Colombia y Clínica Santa Fe) y tres eran públicos (Hospital La Victoria, Hospital Maternal e Infantil y Hospital Suba). Las participantes que abortaron en un hospital, lo hicieron porque la edad gestacional era más de 14 semanas; sin embargo, aquellas que abortaron en un hospital privado, lo hicieron porque sus EPS ordenaban que los servicios se prestaran en esos lugares.

Durante las entrevistas, las participantes describieron una serie de barreras que causaron el retraso de su aborto. Estas barreras se pueden categorizar de la siguiente manera: informacionales, logísticas, emocionales, culturales y religiosas, creadas por el proveedor de servicios y económicas.

Barreras informacionales

- **Conocimiento de la ley.** A lo largo de las 17 entrevistas, la falta de información sobre los servicios de aborto y los derechos legales fue la barrera para el servicio de aborto más frecuentemente mencionada. El tema más común entre las participantes del estudio fue la falta de conocimiento de su derecho al aborto. Solo una participante, una abogada, sabía acerca de la resolución C-355/2006; en otras palabras, 16 de las mujeres no sabían que el aborto era legal bajo amplias causales en Colombia; y esta falta de información fue una barrera para recibir atención oportuna. Estas participantes expresaron su frustración por su falta de conocimiento y cuestionaron por qué la legalidad del aborto parecía ser un secreto. Una de ellas describió los conceptos erróneos que había tenido sobre la ley del aborto:

“Yo tenía la perspectiva de que si no me violaban, no tendría derecho a un aborto... Porque el hecho de no estar a punto de cortarme las venas o de saltar de un puente no significa que no esté sufriendo psicológicamente... Se manifiesta de diversas formas.”—*Marta, CAMI Suba**

Varias participantes informaron haberse sentido impotentes antes de darse cuenta de su derecho al aborto; y, posteriormente, se sintieron afortunadas de haber encontrado servicios legales seguros. Ninguna de ellas conocía la ley sobre el derecho de los médicos a la objeción de conciencia o sabía que los médicos estaban legalmente obligados a referirlas a proveedores dispuestos a dar el servicio.

*No proporcionamos datos personales de las mujeres después de cada cita en este artículo, sino que introdujimos seudónimos seguidos por el sitio en el que cada mujer obtuvo su aborto.

Siete informaron haber descubierto durante el proceso de obtención de un aborto que el procedimiento no solo era legal, sino que las compañías de seguros de salud estaban legalmente obligadas a cubrir su costo. A través de la autogestión y de la asistencia de La Mesa, estas siete mujeres pudieron obtener una cobertura completa, aunque abortaron más tarde de lo deseado. Las participantes en el estudio que desconocían la ley experimentaron los tres tipos de retrasos: en la decisión de buscar atención, en llegar a un centro de salud y en recibir la atención adecuada.

- **Conocimiento de puntos de atención.** Cuando se les preguntó cómo habían sabido qué hacer para obtener servicios de aborto, cinco participantes dijeron que habían confiado en amigos, maestros o psicólogos de sus instituciones académicas o grupos comunitarios, quienes las dirigieron a una de las cuatro clínicas de primer contacto. Siete dijeron que habían buscado en línea el tema del aborto en Bogotá utilizando un motor de búsqueda en Internet, lo que las condujo a las clínicas de primer contacto. De estas siete, tres dijeron que habían utilizado la función de chat en la página web de Oriéntame para hacer su cita. Tres mujeres dijeron que se habían tratado de inducir un aborto usando remedios caseros que habían encontrado en internet. Una participante, madre soltera de dos, describió su toma de decisiones y experiencia antes de llegar a una clínica:

“Consideré mi situación económica, mi vida hogareña, mi estado emocional. Luego dije, ‘No. Me siento perdida, no tengo ayuda.’ Por lo tanto, busqué en internet y probé cosas que podrían ayudarme a deshacerme [del embarazo]; Tomé algunas hierbas, cerveza hervida, envolví un cinturón alrededor de mi cintura lo más apretado posible. La gente dijo que funcionaba, pero solo me sentí horrible. Y no pasó nada.”—*Tana, Hospital La Victoria*

Varias mujeres no tuvieron acceso a información precisa, retrasando así su decisión de buscar un aborto y obtener un aborto seguro y legal (demoras #1 y #2); sus opciones para un aborto estaban por lo tanto limitadas por la edad gestacional avanzada. Cinco de ellas habían ido a una clínica clandestina antes de buscar servicios de aborto legal. Una describió su experiencia con el representante de una clínica clandestina:

“Fue realmente gracioso, porque este tipo estaba allí, actuando de forma sospechosa. Trató de hablar con nosotros, para convencernos de confiar en él... Tenía algunas pastillas y algunas agujas, y pensé: ‘¿Con cuántas mujeres usa usted esas mismas agujas?’ Dijo que cobraban por semana [de gestación]... y para mí habrían sido 150,000 [pesos colombianos (COP; US\$ 50)], y que lo harían en dos minutos.”—*Nayely, Hospital Suba*

Las participantes en el estudio describieron a los representantes de clínicas clandestinas como tratando de atraerlas con precios más bajos que los que cobran los establecimientos legales conocidos. Estos representantes prometieron que el aborto sería rápido y fácil. Además, debido a que las clínicas clandestinas de aborto carecen de señalización pública, algunas mujeres, —especialmente aquellas que no estaban familiarizadas con el área—, no se

dieron cuenta de que la clínica a la que habían llegado no era la institución legal en la que habían hecho su cita. Otra participante relató el engaño y la coerción de las clínicas clandestinas:

“Busqué [Oriéntame] en la sección amarilla, el mismo día que llamé [yo] conseguí una cita... fingí que tenía una entrevista de trabajo. Vine buscando la clínica, me dijeron que era Oriéntame. Me hicieron una ecografía y luego me dijeron que harían mi aborto por un menor precio que Oriéntame; y me dijeron: ‘Llámenos y haremos la cita, solo tiene que traer las toallas y eso es todo, solo tomará una hora.’ Y dije, ‘No... este NO es el lugar que estaba buscando’ y me fui rápidamente.”—*Paola, Oriéntame*

Al conocer su estado de embarazo, cinco de ellas habían decidido de inmediato que no querían llevar el embarazo a término, pero no sabían dónde obtener un aborto. Tal falta de conocimiento dio lugar a retrasos #2 y #3: retrasos en la llegada a un centro autorizado y legítimo de atención médica y en la recepción de la atención adecuada.

Barreras logísticas

Una vez que las participantes en el estudio decidieron buscar atención médica, la edad gestacional avanzada fue una de las barreras logísticas más comunes que ocasionaron demoras para recibirla. Debido a que la capacidad de una institución de servicios médicos para proporcionar servicios de aborto depende de la edad gestacional, muchas mujeres encontraron que una vez que habían llegado a la institución designada, aun así no podían tener su aborto (retraso #3). Cinco mujeres llegaron a uno de los cuatro puntos de atención iniciales con más de 14 semanas de gestación, por lo que no pudieron obtener un aborto en estos sitios; el proceso de llegar a uno de los hospitales que pudiera proporcionar servicios de aborto a edades gestacionales posteriores causó un retraso adicional en la recepción de la atención adecuada. Obtener un aborto de manera oportuna también fue un problema para las mujeres en el primer trimestre. Como declaró una de las participantes que obtuvo servicios de aborto en Oriéntame:

“Después de [14] semanas, no pueden practicar el aborto porque es demasiado grande, no es posible... así que es una carrera contra el reloj, porque si te pasas ocho semanas, bueno, una semana más lo va a hacer más arriesgado... Si esperas unas pocas semanas más, entonces el tiempo se terminará, y [el aborto] no se puede hacer.”—*Cristal, Oriéntame*

Alrededor de la mitad de las participantes en el estudio tuvieron dificultades para llegar a los centros de salud donde recibieron los servicios (retraso #2). Algunas se perdieron y muchas se quejaron de largas esperas en la clínica, en el hospital o en la oficina de la EPS. Mientras algunas participantes vivían a menos de 20 minutos de la clínica u hospital que visitaron, otras pasaron cuatro horas viajando en transporte público.

Las mujeres también experimentaron otras barreras logísticas. Quince de las 17 mujeres tuvieron que ausentarse del trabajo o de la escuela para recibir el servicio de abor-

to y nueve tuvieron que organizar el cuidado de sus hijos, lo que retrasó el aborto (retraso #2). Solo cinco pudieron abortar en su primera cita; ocho tuvieron al menos dos citas en uno o dos lugares; y cuatro tuvieron que trabajar con La Mesa o su EPS durante 4–8 semanas, siendo necesarias citas múltiples en diferentes lugares, antes de recibir el servicio de aborto (retrasos #2 y #3). Por ejemplo, una participante, Adela, informó haber tenido que acudir a tres citas clínicas con tres proveedores diferentes, realizar más de 10 llamadas telefónicas a su EPS, asistir a dos citas en La Mesa (con el mismo abogado) y realizar dos visitas al hospital (durante la segunda de las cuales finalmente tuvo su aborto). Se le dijo en cada conversación telefónica y cita en persona, excepto con La Mesa, que le faltaba papeleo y autorizaciones; y se le dieron más instrucciones. Tenía aproximadamente 12 semanas de gestación en su primera cita y 20 semanas de gestación el día de su aborto. El proceso le tomó 55 días.

Barreras emocionales

Quince de las 17 participantes en el estudio se sintieron agobiadas por estar a punto de tener un hijo en ese momento de su vida y en su situación; y tuvieron dificultades para llegar a la decisión de abortar. Tres informaron haberse sentido inseguras acerca de tener un aborto después de un ultrasonido. Diez dijeron que habían escuchado los latidos cardíacos del feto durante el ultrasonido y que el médico o técnico les había comentado sobre su fecha de parto; aunque, en algunos casos, esos profesionales ya sabían que la mujer estaba teniendo el ultrasonido con el propósito de determinar el tipo de aborto para el que era elegible.

Siete informaron haber experimentado situaciones emocionales agobiantes y complejas que hicieron que su elección fuera aún más difícil, lo que resultó en varios días o semanas de titubeo sobre su decisión de abortar (retraso #1). Una participante, madre soltera de 39 años, dijo que su pareja había terminado su relación cuando ella le dijo que estaba embarazada. Ella no podía mantener económicamente a un segundo hijo sin la ayuda de una pareja y estaba muy molesta por terminar el embarazo inesperado. Con lágrimas en los ojos, ella dijo:

“Si este hubiera sido un bebé que él también quisiera, quizás hubiera tratado de tenerlo. Pero mirar a un bebé todos los días que se parece a él, que no puedo mantener, no podría... No pude decidir durante semanas. Pero no tenía otra opción.”—*Marisol, Profamilia*

Otra participante, Elvia, dijo que no estaba preparada emocional o económicamente para tener un bebé, pero debido a que físicamente podía dar a luz, tuvo problemas con la decisión de terminar el embarazo.

Barreras culturales y religiosas

Catorce mujeres dijeron que sus creencias religiosas hicieron que se sintieran conflictuadas con respecto a tener un aborto. Muchas expresaron su preocupación por el destino del alma del embrión o feto, así como por el de su propia alma. Cuando se les preguntó de qué forma sus creencias

religiosas afectaban sus sentimientos acerca de su aborto, Marisol, que había tenido su aborto en Profamilia, respondió: “Sí, maté a una persona... eso es lo que decimos... Y, estoy condenada al infierno. Es complicado... Es difícil.” Pilar, una estudiante universitaria de 19 años que también había abortado en Profamilia, dijo: “Creo en Dios con todo mi corazón y me preocupé. Le dije: ‘Dios mío, nuestras almas están en tus manos. Perdóname por lo que necesito hacer, porque tal vez no sea de tu agrado.’” Para cuatro de las mujeres, incluidas las dos citadas anteriormente en el párrafo, el estigma asociado con el aborto provocó retrasos en la toma de decisiones y en la obtención de servicios (retrasos #1 y #2).

Cuando se le preguntó si sabía qué hacer para terminar un embarazo no deseado, una participante de 23 años dijo:

“En realidad, fue una situación realmente agonizante, debido a mi religión, mi sociedad, mis pecados. Lo que más me importa en mi vida es mi religión, es de suprema importancia... Quiero una familia, con un esposo y niños dentro del matrimonio. Y esa no era mi situación, así que fue realmente difícil. No podía comer, lloré, tuve una depresión intensa.”—*Ramona, Oriéntame*

De las mujeres que dijeron que se habían sentido conflictuadas debido a sus creencias religiosas por haber abortado, todas citaron el catolicismo o el cristianismo como su fe principal; y dijeron que se habían opuesto al aborto antes de necesitarlo.

Las participantes se refirieron a la religión como el principal impulsor de las actitudes, creencias y acciones culturales colombianas relacionadas con el aborto. En el momento de la entrevista, ocho de las 17 mujeres no le habían contado a sus parejas sobre su embarazo o aborto posterior y no tenían planes de alguna vez hacerlo. Dijeron que estaban ocultando esta información porque tenían temor de ser juzgadas; cambiar la dinámica de su relación; o herir, hacer enojar o perder a su pareja. De las nueve que le contaron a su pareja sobre el embarazo, tres se sintieron presionadas por su pareja para llevar el embarazo a término y casarse. Las parejas de estas tres participantes expresaron actitudes antiaborto motivadas por la religión; las mujeres comentaron que esta dinámica ocasionó retrasos en la toma de decisiones y en la obtención de servicios (retrasos #1 y #2). Una mujer describió a su pareja como religiosa y su reacción a su embarazo fue extrema:

“Empezó a tomar una actitud de que tenemos que casarnos, y que vamos a hacer esto, y se volvió autoritario, creo que por miedo. Peleamos mucho. Él no pudo aceptarlo... Ahora ya no hablamos.”—*Juana, Profamilia*

Trece mujeres no habían contado a sus familiares sobre su embarazo o aborto posterior y reportaron dificultades para mantener estos eventos en secreto. Todas menos una habían sentido la presión social para no revelar que habían tenido un aborto, específicamente haciendo referencia a las actitudes culturales y religiosas colombianas contra el aborto. Las participantes se refirieron al aborto como un tema que es “coco” o tabú y del que se habla solo en secreto. Más de un tercio dijo que las únicas personas que sa-

bían acerca de su aborto eran el personal del hospital o la clínica en donde habían realizado o asistido con el aborto y la investigadora que las estaba entrevistando.

Tres participantes describieron el estigma asociado con tener un hijo, en contraste con el estigma de tener un aborto, dados sus esfuerzos educativos actuales y sus situaciones románticas y económicas. Señalaron que en la sociedad colombiana, las personas juzgan a las madres solteras y piensan mal de ellas por tener que abandonar la escuela, por tener un hijo fuera del matrimonio y por no poder mantenerlo. Estas participantes declararon que sus familias también las juzgarían por estos motivos.

Proveedores y barreras

Otro tema común fue la interacción de las participantes con el personal clínico y hospitalario, incluidos administradores, psiquiatras, médicos y enfermeras. Seis describieron las formas en las que los proveedores de servicios de salud actuaron como barreras para obtener servicios de aborto humanitarios, compasivos e integrales (retraso #3). Una mujer, Chana, que tuvo su aborto en la Clínica Colombia, comentó que mientras un médico realizaba su ecografía, dijo: “Ya puedes escuchar el latido del corazón, ¿cómo vas a matarlo?” Lola, que tuvo su aborto en la Clínica Santa Fe, informó que un psiquiatra había traído a un grupo de estudiantes a su habitación del hospital y la describió como una paciente con un estado mental severamente comprometido, que la hizo llorar y estuvo a punto de salir del hospital.

Cinco mujeres contaron que primero fueron a un hospital público para preguntar sobre los servicios de aborto; se encontraron con ignorancia y condescendencia por parte de los administradores y proveedores de servicios. Una de las participantes, casada y madre de un hijo, informó haber llegado a un hospital dos días después de descubrir que estaba embarazada y haber perdido un periodo:

“Les dije: ‘Estoy aquí por una interrupción voluntaria del embarazo’. Y dijeron: ‘No sabemos qué es eso. ¿Qué es eso?’ Y yo dije, ‘Esto es un hospital, sé que saben lo que es eso.’ Y me dijeron: ‘Ve a preguntar por allá, ve allí...’ En otras palabras, me hicieron a ir a todas partes por todo el maldito hospital, preguntando por el aborto... Finalmente, un médico me dijo que volviera al día siguiente; y, cuando lo hice, me hizo sentar en un pasillo, esperando todo el día. Pensé que se había olvidado de mí. Pero lo escuché hablar con algunas enfermeras... El mundo entero me estaba mirando con lástima, y no me ayudó.”—*Lola, Hospital Maternal e Infantil*

Debido a este rechazo en la atención, la mujer recurrió a La Mesa, que finalmente la ayudó a recibir el aborto al que legalmente tenía derecho, a las 16 semanas de gestación.

Para las mujeres que reciben atención de aborto como pacientes hospitalizadas, la calidad de la atención brindada por las enfermeras a veces actúa como una barrera para la atención integral (retraso #3). Tres participantes informaron que el feto les fue presentado después del aborto en una bolsa de plástico o envuelto en gasa, y se dejó al

pie de su cama o en una tina de plástico en la habitación de su hospital. Otra describió cómo una enfermera había intentado convencerla de que no abortara y había amenazado con tirar el feto a la basura si la mujer interrumpía el embarazo. La participante contó cómo la enfermera cumplió su amenaza:

“La enfermera religiosa entró... Es un recuerdo impresionante, porque lo recogió, al feto, lo metió en una bolsa de plástico y yo no quería verlo, [así que] me tapé los ojos. Luego se acercó a mí, mi madre estaba en la otra habitación y la otra enfermera estaba muy lejos, y susurró: “Te dije que tirarías a tu bebé a la basura.” Y me quedé callada... simplemente comencé a llorar.”—*Nayely, Hospital Suba*

No solo se trató mal a algunas de las mujeres en su momento de necesidad y se les negó atención compasiva, sino que el abuso que recibieron siguió afectando psicológicamente a muchas de ellas. Chana, que recibió servicios en la Clínica Colombia, dijo que siguió teniendo problemas para dormir pensando en cómo la había tratado una enfermera: “Por la noche todavía veo las imágenes de todo lo que sucedió... la imagen me llega de la enfermera diciendo ‘Tú eres una pecadora’ y luego la imagen de la bolsa... todo me mortifica.”

El comportamiento de estas enfermeras —que legalmente no pueden objetar su participación en servicios de aborto— fue descrito por las participantes en el estudio como profundamente arraigado en las creencias católicas sobre cuándo comienza la vida y el aborto como asesinato. Este tratamiento de las pacientes de aborto por parte de las enfermeras condujo a un retraso en la recepción de la atención integral del aborto (retraso #3).

Barreras económicas

- *Carga económica.* Diez de las 17 mujeres pagaron el aborto con su propio dinero. El costo varió según el método de aborto (médico o quirúrgico) y el tipo de anestesia (general o local). La mitad de las que pagaron servicios de aborto en efectivo dijeron que habían obtenido el dinero que necesitaban vendiendo artículos que poseían (por ejemplo, teléfonos celulares, ropa), pidiendo un adelanto de su salario o pidiendo dinero prestado a familiares o amigos (todas confesaron no haber sido honestas con respecto a la razón por la cual necesitaban dinero). El tiempo que les tomó obtener el dinero retrasó la obtención de los servicios, lo que provocó que abortaran más tarde de lo deseado (demora #2). Las que pagaron con su propio dinero reportaron costos tan bajos como COP 40,000 (US\$13) y tan altos como COP 500,000 (US\$166). Aunque el costo generalmente lo determinó el tipo de método de aborto, también influyó en última instancia el criterio de clínicas individuales, de una manera que no se reveló.

- *Demoras y denegación de la cobertura de seguro.* Algunas de las siete mujeres cuyo aborto fue pagado por su EPS dijeron que los problemas con la compañía habían retrasado su aborto. Los representantes de las EPS interrumpieron abruptamente la llamada telefónica cuando las participantes mencionaron el aborto, no respondieron sus llamadas

telefónicas o dijeron a las mujeres que el aborto no estaba cubierto por la EPS. Las instrucciones incoherentes dadas por las compañías con respecto a las autorizaciones necesarias demoraron aún más a estas mujeres para obtener la aprobación y obtener un aborto de manera oportuna. Algunas mujeres se retrasaron hasta dos meses.

De las 10 mujeres que pagaron el aborto de su bolsillo, ocho buscaron apoyo económico de su EPS pero les fue negado. Las participantes describieron la forma en la que los representantes de las EPS les habían dado un sermón sobre moralidad y les dijeron que estaban tomando una mala decisión. Como dijo una mujer:

“[La Mesa] me refirió a la EPS, que me negó por completo el apoyo. [El representante de EPS] me dijo que estaba cometiendo un completo error, y me preguntó si sabía que estaba asesinando a una persona. Les dije, ‘En este momento, no es una persona, porque no ha nacido.’ Dijeron que tenía alma, que ya tenía muchas cosas. Ellos simplemente me torturaron.”—*Adela, Clínica Santa Fe*

En general, las compañías de seguros actuaron como una barrera para el acceso oportuno a servicios legales y seguros de aborto (retrasos #2 y #3), a pesar de que están legalmente obligadas a autorizar el procedimiento. Los sentimientos religiosos parecían estar detrás del comportamiento de los representantes de las compañías.

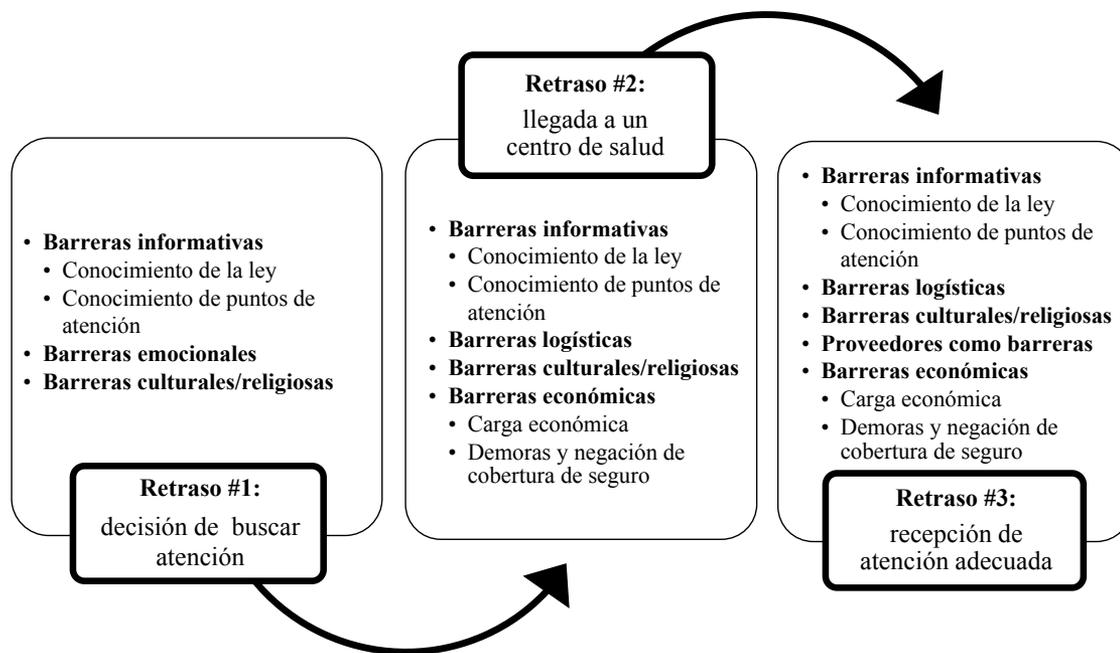
DISCUSIÓN

Cada una de las 17 mujeres que participaron en las entrevistas en profundidad tuvieron interacciones muy distintas con el sistema de salud colombiano. Sin embargo, sus experiencias con la discriminación y las barreras al acceso al aborto con frecuencia fueron similares. Todas las participantes en el estudio informaron haber encontrado al menos un tipo de barrera, lo que les llevó a experimentar al menos un tipo de retraso; y muchas experimentaron dos o los tres tipos de retraso. El hecho de que esta superposición surgió de los datos es lógico, porque los tipos de barrera no existen de manera aislada y pueden ocurrir en diferentes momentos.

El análisis de las experiencias reportadas por las participantes en el estudio nos permitió conceptualizar seis dominios de barrera con varios subdominios, que en última instancia arrojaron ocho tipos distintos de barreras. Con estos datos, podemos presentar la naturaleza generalizada de las barreras al acceso al aborto legal en Bogotá y demostrar cómo las barreras se tradujeron en los tres tipos de retrasos (Gráfico 1, página 18).

Un estudio reciente sobre las barreras de acceso al aborto legal en Bogotá buscó identificar y calcular el grado de los retrasos que experimentan las mujeres.²³ Los retrasos en tomar la decisión de terminar su embarazo promediaron 10.6 días para las mujeres en el primer trimestre y 19.5 días para las del segundo trimestre. Las demoras posteriores, causadas principalmente por barreras económicas y logísticas, promediaron 13.4 días en el primer trimestre y 24.2 días en el segundo. Al igual que en nuestro estudio, las participantes informaron que la edad gestacional tardía,

GRÁFICO 1. Retrasos causados por barreras para obtener servicios de aborto, por tipo



las largas distancias de viaje, los tiempos de espera en el punto de atención y la dificultad para ausentarse de la escuela o del trabajo eran barreras logísticas que retrasaron su acceso a la atención.²³

El presente estudio se suma al creciente acervo de bibliografía cuantitativa y cualitativa que examina las barreras al aborto en todo el mundo. Mientras que otros estudios han identificado y medido las barreras para la atención,^{15,16,23} nuestro estudio arroja luz sobre el contexto personal que rodea la carga excesiva que las barreras extremas al aborto ejercen sobre las mujeres y da voz a esas mujeres. Sus historias subrayan el hecho de que el acceso amparado por la ley no siempre se traduce en acceso en la práctica.

Nuestros hallazgos ilustran la necesidad de una divulgación más integral de información precisa y completa sobre los servicios de aborto para las mujeres y familias en Bogotá. Estos públicos meta podrían beneficiarse de campañas de mayor alcance que brinden información sobre dónde obtener servicios de aborto, así como sobre la asistencia jurídica disponible en La Mesa. Debido a que muchas participantes informaron haber investigado el acceso al aborto en línea, recomendamos un mayor uso de las redes sociales y otros métodos digitales para promover los servicios de aborto, así como un mayor uso de la función de conversación en línea que clínicas como Oriéntame han utilizado para vincular a las mujeres con servicios de aborto legal.

Un hallazgo sorprendente de este estudio fue el comportamiento antiaborto de las enfermeras involucradas en la atención del aborto. Las participantes en el estudio informaron que las enfermeras que no estaban de acuerdo con su decisión de abortar eran vengativas y crueles. Las ocasiones en las que las enfermeras deliberadamente mostraron al feto a las participantes en el estudio después del aborto y usaron un lenguaje que avergonzaba a las pacien-

tes por haber tenido un aborto no fueron profesionales. Aparentemente, las enfermeras tenían dificultades para equilibrar sus creencias personales, el nivel de comodidad con la provisión de servicios de aborto y sus responsabilidades laborales; y es posible que no tuvieran conocimiento o comprensión de la ley de aborto vigente en Colombia. En última instancia, no actuaron de conformidad con la ley y causaron angustia innecesaria a las mujeres que trataban de ejercer su derecho constitucional a la salud y a decidir. Este tipo de comportamiento por parte de los proveedores de atención médica no se había documentado antes de este estudio. Materiales educativos, como el Juego de Herramientas de Aclaración de Valores y Transformación de Actitudes de Ipas,³⁴ pueden ayudar a las enfermeras y estudiantes de enfermería a identificar los prejuicios y las objeciones morales al aborto, mismos que pueden impedir que brinden una atención integral y compasiva.

Varias participantes en el estudio informaron con frecuencia que las compañías de seguros se negaron a autorizar el pago de su aborto y que algunos médicos se negaron a realizar el procedimiento para ellas. Ocho años después de la despenalización del aborto en Colombia, estas poderosas entidades y personas todavía carecían de una comprensión clara de las leyes sobre aborto y objeción de conciencia, o se negaron a obedecerlas o —como otros estudios han encontrado^{24,25}—, se esforzaron para resolver creencias personales contradictorias sobre el aborto o para aumentar su nivel de comodidad con los procedimientos. Debido a estos factores, las mujeres pueden tener dificultades para obtener un aborto legal. Las investigaciones en otros países han encontrado, de manera similar, que muchos médicos desconocen el estatus legal del aborto o no realizan abortos (o son reacios a practicarlos) debido a sus creencias personales.³⁵

El comportamiento obstructivo mostrado por los médicos cuando las mujeres buscaban servicios de aborto sugiere que los médicos y los estudiantes de medicina también podrían beneficiarse de intervenciones educativas sobre la ley del aborto y de la aclaración de valores. Los médicos que reclaman objeción de conciencia también podrían beneficiarse de los seminarios de educación continua que aclaran sus responsabilidades clínicas y legales con respecto a la atención del aborto. Tales esfuerzos educativos pueden conducir a una mejora en la calidad de la atención y al cumplimiento de la ley.

Nuestro estudio es el primero en explorar e identificar cualitativamente las barreras experimentadas por las mujeres colombianas desde que la resolución C-355/2006 estableció el derecho legal a un aborto seguro. También es el primer examen de la toma de decisiones y experiencias con el aborto que intenta establecer paralelos con las demoras durante las emergencias obstétricas en entornos de bajos recursos. Aunque existen grandes diferencias entre las circunstancias de las mujeres con embarazos deseados en riesgo de aborto y las de las mujeres con embarazos no deseados, las mujeres tienen derecho tanto de continuar como de abortar; y, por lo tanto, se justifica la investigación sobre la practicidad del acceso.

Fortalezas y limitaciones

Las fortalezas de este estudio incluyen una población del estudio que consistió en mujeres que habían obtenido exitosamente servicios de aborto legal y el logro de la saturación temática. Además, este estudio ofrece un punto de vista no explorado previamente de las barreras que las mujeres en Colombia han seguido enfrentando ocho años después de la despenalización y examinó estas barreras utilizando un marco que adaptó el modelo de las Tres Demoras en emergencias obstétricas.

Una investigadora llevó a cabo las entrevistas y realizó el análisis, lo que debería conducir a la coherencia en la recopilación y el análisis de datos. Además, ella no estaba familiarizada previamente con ninguna de las participantes y aseguró a las participantes que sus respuestas se mantendrían confidenciales.

Antes de la recolección de datos, consideramos que tener ambas partes del estudio realizadas por una sola investigadora podía resultar en un enfoque analítico menos variado. Sin embargo, la primera autora tomó varias medidas basadas en los métodos formales de investigación cualitativa para evitar la introducción de sesgo. Tomó precauciones contra el sesgo de selección mediante el uso de un esquema de muestreo intencional basado en el sitio donde se dio el servicio, que produjo la saturación temática; la dependencia en diferentes personas de recepción (en lugar de una sola persona) para reclutar participantes permitió una mayor protección contra el sesgo de selección. Aplicó un enfoque reflexivo para cada entrevista, la exploró con tacto y permitió a las participantes hablar de manera cómoda y abierta en respuesta a cada pregunta durante el tiempo que quisieran. También consultó con frecuencia a

los coautores durante el análisis de los datos para garantizar el uso de los mejores enfoques.

Una debilidad del estudio es que la muestra no incluyó a mujeres que habían experimentado barreras tan grandes que no pudieron obtener servicios de aborto, o que habían buscado o tenido abortos fuera de Bogotá. Tampoco pudimos comparar las experiencias de las mujeres dentro o entre los sitios de estudio.

Como en todos los estudios con muestreo intencional, las conclusiones pueden ser propias de la población estudiada y, por lo mismo, no ser generalizables para todas las mujeres que han tenido un aborto en Bogotá o Colombia.

CONCLUSIÓN

Esta investigación dejó al descubierto varias formas en las que se obstruyó el derecho legal de las mujeres colombianas al aborto. Independientemente de sus características personales, las participantes en el estudio experimentaron demoras en el acceso a la atención legal y segura del aborto. El acceso de las mujeres al aborto se vio obstaculizado por la falta de información precisa sobre el aborto y sobre la ley de aborto; por los proveedores de servicios médicos; así como por barreras logísticas, emocionales, económicas, culturales y religiosas. Típicamente, la población del estudio experimentó varias barreras que culminaron en uno o más tipos de retraso, dificultando el ejercicio de su derecho a un aborto legal y seguro. Nuestros hallazgos sugieren que se necesitan mejoras en la difusión de información precisa, en los planes de estudio de medicina y enfermería y la educación continua profesional, para reducir las barreras al acceso a servicios de aborto legal.

REFERENCIAS

1. Grimes DA et al., Unsafe abortion: the preventable pandemic, *Lancet*, 2006, 368(9550):1908–1919, doi:10.1016/S0140-6736(06)69481-6.
2. Rao KA y Faúndes A, Access to safe abortion within the limits of the law, *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2006, 20(3):421–432, doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.01.020.
3. Yam EA, Dries-Daffner I y García SG, Abortion opinion research in Latin America and the Caribbean: a review of the literature, *Studies in Family Planning*, 2006, 37(4):225–240, doi:10.1111/j.1728-4465.2006.00102.x.
4. Singh S, Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries, *Lancet*, 2006, 368(9550):1887–1892, doi:10.1016/S0140-6736(06)69778-X.
5. Berer M, National laws and unsafe abortion: the parameters of change, *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(Suppl. 24):1–8, doi:10.1016/S0968-8080(04)24024-1.
6. Levels M, Sluiter R y Need A, A review of abortion laws in Western-European countries: a cross-national comparison of legal developments between 1960 and 2010, *Health Policy*, 2014, 118(1):95–104, doi:10.1016/j.healthpol.2014.06.008.
7. Paine J, Noriega RT y Puga AL, Using litigation to defend women prosecuted for abortion in Mexico: challenging state laws and the implications of recent court judgments, *Reproductive Health Matters*, 2014, 22(44):61–69, doi:10.1016/S0968-8080(14)44800-6.
8. Sedgh G et al., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, *Lancet*, 2012, 379(9816):625–632, doi:10.1016/S0140-6736(11)61786-8.

9. Sedgh G et al., Estimates of the incidence of induced abortion and consequences of unsafe abortion in Senegal, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2015, 41(1):11–19, doi:10.1363/4101115.
10. Andersen KL et al., Marital status and abortion among young women in Rupandehi, Nepal, *BMC Women's Health*, 2015, Vol. 15(17), doi:10.1186/s12905-015-0175-4.
11. Doran F y Hornibrook J, Rural New South Wales women's access to abortion services: highlights from an exploratory qualitative study, *Australian Journal of Rural Health*, 2014, 22(3):121–126, doi:10.1111/ajr.12096.
12. Rominski SD et al., Female autonomy and reported abortion-seeking in Ghana, West Africa, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2014, 126(3):217–222, doi:10.1016/j.ijgo.2014.03.031.
13. Banerjee SK et al., Woman-centered research on access to safe abortion services and implications for behavioral change communication interventions: a cross-sectional study of women in Bihar and Jharkhand, India, *BMC Public Health*, 2012, 12(175), doi:10.1186/1471-2458-12-175.
14. Peterfy A, Fetal viability as a threshold to personhood: a legal analysis, *Journal of Legal Medicine*, 1995, 16(4):607–636, doi:10.1080/01947649509510995.
15. Drey EA et al., Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester, *Obstetrics & Gynecology*, 2006, 107(1):128–135, doi:10.1097/01.AOG.0000189095.32382.d0.
16. Finer LB et al., Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States, *Contraception*, 2006, 74(4):334–344, doi:10.1016/j.contraception.2006.04.010.
17. Prada E, Maddow-Zimet I y Juárez F, El costo de la atención postaborto y del aborto legal en Colombia, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2013, 39(3):114–123, doi:10.1363/3911413.
18. Corte Constitucional de Colombia, *Sentencia C-355*, 2006, <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>.
19. Amado ED et al., Obstacles and challenges following the partial decriminalization of abortion in Colombia, *Reproductive Health Matters*, 2010, 18(36):118–126, doi:10.1016/S0968-8080(10)36531-1.
20. Prada E, Biddlecom A y Singh S, Aborto inducido en Colombia: nuevas estimaciones y cambios de 1989 a 2008, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2011, 37(3):114–124, doi:10.1363/3711411.
21. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Barreras para la garantía del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, 2014, <http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2016/11/intervencion-debate-control-politico-septiembre-2014.pdf>.
22. Dalén A, *La Implementación de la Despenalización Parcial del Aborto en Colombia*, Bogotá, Colombia: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia, 2013, https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_362.pdf.
23. Baum S, DePiñeres T y Grossman D, Delays and barriers to care in Colombia among women obtaining legal first- and second-trimester abortion, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2015, 131(3):285–288, doi:10.1016/j.ijgo.2015.06.036.
24. Stanhope K et al., Physician opinions concerning legal abortion in Bogotá, Colombia, *Culture, Health & Sexuality*, 2017, 19(8):873–887, doi:10.1080/13691058.2016.1269365.
25. Fink LR et al., “The fetus is my patient, too”: attitudes toward abortion and referral among physician conscientious objectors in Bogotá, Colombia, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2016, 42(2):71–80, doi:10.1363/42e1016.
26. Corte Constitucional de Colombia, *Sentencia T-209*, 2008, <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2008/T-209-08.htm>.
27. Cook RJ, Olaya MA y Dickens BM, Healthcare responsibilities and conscientious objection, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2009, 104(3):249–252, doi:10.1016/j.ijgo.2008.10.023.
28. Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social, 2015, <http://www.sispro.gov.co/>.
29. Giedion U y Uribe MV, Colombia's universal health insurance system, *Health Affairs*, 2009, 28(3):853–863, doi:10.1377/hlthaff.28.3.853.
30. Corte Constitucional de Colombia, Decreto Número 2591 de 1991, 1991, <http://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/DECRETO%202591.php>.
31. Ashford L, Sedgh G y Singh S, Making abortion services accessible in the wake of legal reforms, In *Brief*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2012.
32. Thaddeus S y Maine D, Too far to walk: maternal mortality in context, *Social Science & Medicine*, 1994, 38(8):1091–1110, doi:10.1016/0277-9536(94)90226-7.
33. Creswell JW et al., Qualitative research designs: selection and implementation, *Counseling Psychologist*, 2007, 35(2):236–264, doi:10.1177/0011000006287390.
34. Turner K y Chapman Page K, *Abortion Attitude Transformation: Values Clarification Activities Adapted for Young Women*, 2011, Chapel Hill, NC, USA: Ipas, www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/VCATYTHE11.ashx.
35. Low WY et al., Access to safe legal abortion in Malaysia: women's insights and health sector response, *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 2015, 27(1):33–37, doi:10.1177/1010539514562275.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Cristina Villarreal de Fundación Oriéntame y Ariadna Tovar Ramírez, anteriormente miembro de Women's Link Worldwide, por sus comentarios sobre versiones anteriores de este artículo y el apoyo a esta investigación; y a Kalie Elizabeth Richardson, Kaitlyn Stanhope y Lauren Fink de la Universidad Emory por su apoyo en el desarrollo y la implementación de este proyecto. El Instituto de Salud Global de la Universidad Emory y el Fondo Mundial para la Eliminación de la Mortalidad Materna por Aborto proporcionaron apoyo financiero para esta investigación.

Contacto de la autora: chelseybrack@gmail.com