

REALIDADES Y RETOS
DEL ABORTO
CON MEDICAMENTOS
EN MÉXICO



Georgina Sánchez Ramírez
Suzanne Veldhuis
Coordinadoras



ECOSUR





GEORGINA SÁNCHEZ-RAMÍREZ

es M. en C. en Población por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y PhD. en Sexualidad por la Universidad de Salamanca, España. Se ha especializado en temas relacionados con género y salud, en tres ejes principales: indicadores sociodemográficos; partería y salud sexual y reproductiva, y desarticulación de la violencia machista. Desde 1997 es profesora investigadora de El Colegio de la Frontera Sur, en el Departamento de Salud [<https://www.ecosur.mx/departamento/ds/>] y es integrante del Sistema Nacional de Investigación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México; pertenece además a la Sociedad Mexicana de Demografía.

Radica en la bella ciudad de San Cristóbal de Las Casas, en Chiapas, México, y se define a sí misma como una científica social feminista, comprometida con trabajar por un mundo mejor para las mujeres y quienes las amen.

Correo: gsanchez@ecosur.mx



SUZANNE VELDHIJS es médica general, graduada de la Universidad de Amsterdam, Países Bajos, y M. en C. en Desarrollo Rural y Recursos Naturales por El Colegio de la Frontera Sur, México; actualmente cursa el Doctorado en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable, en el Departamento de Salud de la misma institución. Cuenta con más de diez años de experiencia laboral en el sector público de salud, así como con organizaciones no gubernamentales en proyectos relacionados a la salud sexual y reproductiva y el aborto seguro.

Es originaria de los Países Bajos, pero vive en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México, desde 2013. Se considera médica y científica feminista, y se está especializando en el tema del aborto autónomo, acompañamiento feminista y su articulación con el sector médico.

Correo: suzanne.veldhuis@gmail.com

Realidades y retos
del aborto con medicamentos
en México

Realidades y retos del aborto con medicamentos en México

Georgina Sánchez-Ramírez
Suzanne Veldhuis

Coordinadoras



EE
364.1850972
R4

Realidades y retos del aborto con medicamentos en México / Georgina Sánchez-Ramírez y Suzanne Veldhuis, coordinadoras. - San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México: El Colegio de la Frontera Sur, 2022.

212 p., 17x23 centímetros

Contiene bibliografía

ISBN: 978-607-8767-54-0

1. Aborto inducido, 2. Automedicación, 3. Misoprostol, 4. Mifepristona, 5. Derechos reproductivos, 6. Derechos sexuales, 7. Telemedicina, 8. Parteras, 9. Servicios de salud, 10. Redes sociodigitales, 11. México, I. Sánchez-Ramírez, Georgina (coordinadora), II. Veldhuis, Suzanne (coordinadora).

Primera edición, enero de 2022.

Esta publicación fue sometida a un estricto proceso de arbitraje por pares, con base en los lineamientos establecidos por el Comité Editorial de El Colegio de la Frontera Sur.

Foto de portada: "La recuperación de la Luna", Carlo Martínez Sánchez (tomada en Puebla, 23 de febrero de 2019).

D. R. © El Colegio de la Frontera Sur
Av. Centenario km 5.5, C. P. 77014
Chetumal, Quintana Roo
www.ecosur.mx

La versión impresa de esta obra fue posible gracias al auspicio de Ipas México, A.C., organización internacional sin fines de lucro que trabaja en tres continentes: América, África y Asia, y en más de 30 países desde 1973, con el objetivo de incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente el derecho al aborto. Las publicaciones de Ipas México, A.C. son de difusión gratuita, pero ECOSUR se reserva el derecho de fijar un precio de venta en determinados canales de distribución en México, estrictamente para cubrir gastos de operación y ampliar la circulación del documento. Se permite la reproducción parcial o total esta obra para fines de divulgación, didácticos u otros, siempre y cuando no existan fines de lucro y se cite la fuente.

Impreso y hecho en México / *Printed and made in Mexico*

A mi hijo Andrés por afianzar mi convicción de que es indispensable defender el derecho a decidir, para gozar de nuestras determinaciones de manera voluntaria, amorosa, acompañada e imperfecta.

A todas y cada una de las mujeres que se encuentren ante la decisión de interrumpir. Nada detendrá la flecha...

Georgina

A mis hijas, Eleonora y Layla, por hacerme feliz con mi decisión de ser su madre, por profundizar el sentir de que todas las mujeres deberían poder decidir sobre sus cuerpos en completa libertad, por hacerme luchar todos los días por un mundo mejor.

A las mujeres que abortan, que luchan, que acompañan, que apapachan. No hay un mundo sin ustedes.

Suzanne

A la iniciativa del Dr. Anibal Faúndes para llegar hasta este libro.

Contenido

Agradecimientos	11
Prólogo	13
Introducción	15
<i>Georgina Sánchez-Ramírez y Suzanne Veldhuis</i>	
Capítulo 1. Médicas, médicos y personal de farmacia frente al nuevo reto	27
1. Automedicación para la interrupción voluntaria del embarazo en México y América Latina	29
<i>Aníbal Faúndes</i> <i>Laura Miranda Arteaga</i>	
2. Opiniones y disposición de personal médico sobre el aborto en dos regiones de México	41
<i>Georgina Sánchez-Ramírez</i> <i>Suzanne Veldhuis</i>	
3. De barreras a eslabones: intervenciones para la disminución de barreras para el acceso al aborto seguro con medicamentos en México	61
<i>IPAS CAM</i>	

Capítulo 2. Las mujeres se dan la mano	79
4. La gobernanza reproductiva y el acompañamiento feminista para el aborto autónomo <i>Madeleine Belfrage</i>	81
5. "Velamos por su seguridad". Acompañantes de abortos seguros y seguridad de las acompañantes en México <i>Suzanne Veldhuis</i> <i>Georgina Sánchez-Ramírez</i> <i>Blair G. Darney</i>	101
6. Aborto seguro con parteras, indígenas, rurales, y sororales en el sur de México <i>Geicel Llamileth Benítez Fuentes</i> <i>Georgina Sánchez-Ramírez</i>	133
Capítulo 3. Buenas nuevas	161
7. Aborto seguro con misoprostol: productos comunicacionales y la autogestión del aborto <i>IPAS CAM</i>	163
8. Interrupción legal del embarazo en la CDMX: ¿pueden las mujeres estimar su edad gestacional? Exploración de las diferencias por lugar de residencia y características sociodemográficas <i>Biani Saavedra Avendaño</i> <i>Raffaella Schiavon</i> <i>Blair G. Darney</i>	185
Autoras y autores	207

Agradecimientos

A las mujeres, que desde las ancestras no han claudicado en su sororidad, en buscar y encontrar nuevos caminos para el cuidado, el respeto y la dignidad de nuestros cuerpos-territorio. Gracias a quienes se sumaron a esta nueva aventura para difundir las posibilidades del aborto con medicamentos en México, desde su seriedad científica y su compromiso con la salud de las mujeres.

A Édgar Bautista Jiménez y Jéssica Rangel Flores por contribuir generosamente al enriquecimiento de la obra. Gracias a Juan Carlos Velasco Santos por todo el cuidado editorial y a Gabriela Fenner por embellecer este esfuerzo colectivo. A ECOSUR por darnos siempre los medios para llegar muy lejos, en especial al Comité Editorial y a los departamentos de Difusión y Vinculación.

Prólogo

ME DA UN PROFUNDO GUSTO PROLOGAR ESTE LIBRO COORDINADO POR GEORGINA Sánchez-Ramírez y Suzanne Veldhuis denominado *Realidades y retos del aborto con medicamentos en México*, esfuerzo realizado desde El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR).

Se trata de una obra colectiva que nos hace reflexionar sobre el momento actual por el que pasa el aborto en México (distintas regiones) y en América Latina a partir de estudios serios que miden realidades. Uno de los cambios fundamentales que se ha dado en los últimos tiempos es la interrupción del embarazo a partir del uso de medicamentos que evitan hospitalización y empleo de medios peligrosos e invasivos a los que antes recurrían muchas mujeres. Este método ha logrado —como se demuestra— disminuir la mortalidad y ha permitido que muchas mujeres ejerzan un derecho que, antes, no era visto como tal.

Poner en el campo de la medicina el tema es algo muy relevante porque, casi siempre, las discusiones han quedado atrapadas en el mundo de la religión y, por lo tanto, del pecado y la culpa; o en ámbitos sociales de condena sin considerar lo más importante: la decisión libre de la mujer y el contexto en que esta decisión es tomada.

Esta obra muestra las diferencias del fenómeno cuando estamos en un espacio de permisión o de prohibición y sanción jurídica, porque son ya 14 años que permiten hacer estudios y mediciones en la Ciudad de México y zona conurbada del oriente. Se tienen registros de miles de interrupciones legales que han permitido destruir mitos e ideas que se tenían antes de la legalización. No es todavía el caso de Oaxaca, que aún no arroja datos que más adelante serán sumamente relevantes para comparar las condiciones particulares a partir de sus propias características sociodemográficas. Van a ser muy interesantes los datos que proyecten los municipios de amplia población indígena. Vamos a ver qué tantas coincidencias o divergencias se dan respecto de la capital de la república.

Aunque hoy los abortos se realizan con medicamentos en todo el país y en América Latina, las legislaciones siguen siendo muy restrictivas en algunos países como El Salvador y Haití, pero, afortunadamente, en la mayoría se plasman excepciones no punibles entre las que la inclusión de los supuestos de violación son los

más relevantes porque toman en cuenta la violencia contra las mujeres y la ausencia de voluntad libre.

El punto toral es que, independientemente de la regulación jurídica, el aborto es un hecho que se da y se seguirá dando, pero la prohibición o permisión legal sí puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte de muchas mujeres. La Agenda 2030 para el desarrollo sostenible de la ONU incluye el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, esto implica que la elección de la mujer deberá garantizarse como un derecho humano que gravita en su esfera de libertad. Son las mujeres quienes, en todos los casos, deberán poder decidir si continúan o interrumpen la gestación a partir de sus propias valoraciones y decisión personalísima. Esa decisión deberá ser respetada y acompañada por cada Estado.

En el libro se habla de mujeres que se dan la mano, tomando en cuenta el acompañamiento entre ellas, pero también la labor de médicos, enfermeras y parteras que contribuyen a los abortos seguros y a la disminución de barreras con actitudes solidarias, comprensivas y responsables.

Desde Ipas se anuncian las buenas nuevas, y tienen que ser buenas nuevas por los avances de la ciencia y las condiciones seguras que hoy existen para el aborto. Hay, como se dice en libro, mayor privacidad y comodidad, mayor autonomía y control sobre el proceso.

Uno de los temas que ha estado presente siempre que se habla de la interrupción del embarazo es el de las desigualdades y el acceso privilegiado de ciertos sectores de la población. El medicamento iguala y permite llegar a los sectores más vulnerables y desfavorecidos, como se muestra en este libro. El punto no es menor. En tiempos de pandemia ha estado disponible la realización del procedimiento en casa. En otro tiempo, las condiciones hubieran sido totalmente diferentes.

En este libro habla la ciencia. Ha sido escrito por especialistas en género y salud. El feminismo teórico y práctico ha hecho sus aportaciones desde considerar al cuerpo como territorio hasta hacer evidentes los esquemas de dominación que han dejado a la mujer, durante mucho tiempo, sin la posibilidad de decidir su destino.

Hay, por supuesto, muchas tareas pendientes. La principal es seguir luchando contra la estigmatización y los prejuicios sobre las mujeres que deciden abortar. Es indispensable también remover las resistencias institucionales; debemos encaminar esfuerzos hacia allá. Para ello, la información es clave. Con datos fiables, este libro contribuye a ello. Bienvenida esta obra. Que siga hablando la ciencia.

Leticia Bonifaz
Consultora independiente de CEDAW
Comitán de Domínguez, Chiapas, junio de 2021

Introducción

GEORGINA SÁNCHEZ-RAMÍREZ Y SUZANNE VELDHUIS

*El aborto con medicamentos que descubrieron las brasileñas
es la flecha disparada que ya nada podrá parar...*

EN TODO EL MUNDO Y A LO LARGO DE LA HISTORIA DE LA HUMANIDAD, ABORTAR ha sido considerado desde algo sin la menor importancia, un tabú innombrable, un pecado y un delito castigable, hasta llegar a consolidarse como un derecho humano de las mujeres que desean por cualquier razón, interrumpir el embarazo. Esto ha sido mediado por circunstancias ideológicas y políticas dentro de los Estados-nación, por lo que se convirtió (sobre todo en la era moderna) en un asunto de acceso privilegiado para quienes viven en lugares donde no está penalizado, o tienen las posibilidades de hacerlo en condiciones seguras. Sin embargo, las condiciones de quienes no cuentan con dichas posibilidades las llevan a sufrir las consecuencias de estas desigualdades, las cuales se traducen en violencias de diferente índole, poniendo en riesgo su vida, al hacer valer un derecho humano.

Las mujeres que tengan embarazos no deseados deben poder acceder a abortos seguros sin restricción alguna si así es su decisión; garantizándose los servicios y la calidad de la salud sexual y reproductiva accesible a toda la población, lo cual es clave en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), específicamente la Meta 3.7, que apoya el acceso universal a la atención de salud sexual y reproductiva, y la Meta 5.6, que apoya la capacidad de las personas para ejercer sus derechos reproductivos.

Los acuerdos internacionales y regionales de derechos humanos han desempeñado así mismo un papel importante en esta materia, para lo que es fundamental responsabilizar a todos los países para garantizar a las mujeres el derecho al aborto legal y seguro cuando así lo requieran (ONU, 2015).

El estado del arte sobre el aborto inducido a nivel mundial, durante la última década es presentado por Singh, Remez, Sedgh, Kwok & Onda (2018) para el Guttmacher Institute, abarcando el período de 2009 a 2017 con la finalidad de exponer las implicaciones de esta práctica en diversos países según su condición ante la ley (punible o no), cómo han evolucionado los métodos con los que se realiza, las consecuencias de su práctica clandestina, así como recomendaciones para una mejor salud sexual y reproductiva.

Singh y colaboradoras (2018) refieren que el embarazo no planeado en las regiones en desarrollo se estimó en 65 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años para el 2010-2014, a diferencia de las mujeres del mismo rango etario en las regiones desarrolladas, cuyos embarazos no deseados se calcularon en 45 por cada 1000. Un estudio más reciente estimó una tasa de 93 embarazos no planeados por cada 1000 mujeres en países de bajos ingresos, 66 por cada 1000 mujeres en países de ingresos medianos, y 34 por cada 1000 mujeres en países de altos ingresos, para el período de 2015-2019 (Bearak *et al.*, 2020).

En el mismo informe, Singh y colaboradoras (2018) mencionan que la incidencia del aborto inducido comparado entre regiones con alta restricción (totalmente prohibido o permitido solo para salvar la vida de la mujer) es similar a las regiones donde no es punible prácticamente por ninguna causa, siendo 37 y 34 por cada mil mujeres en edades entre 15 y 44 años respectivamente, lo que varía es la muerte materna por esta causa, ya que las condiciones entre legalidad y clandestinidad establecen la diferencia entre vida y muerte para las mujeres.

Por lo tanto, la realidad aún es lejana a todas las buenas intenciones de los acuerdos internacionales, incluso estimar de manera confiable las tasas de aborto inducido por región depende de lo punible o no del aborto en cada territorio, ya que, donde la ley es favorable a esta decisión de las mujeres, las estadísticas son directas y confiables, a diferencia de los lugares donde su práctica es clandestina, teniéndose que utilizar métodos indirectos para su estimación. Tal es el caso México, a excepción de la capital, donde el aborto hasta 12 semanas de gestación fue legalizado en 2007, y el servicio (por ley) es ofertado en clínicas públicas. Se proyectó la tasa de aborto en 38 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años en 2009 (similar a la tasa a nivel mundial) y se estimó que al menos 6 de cada 1000 mujeres fueron tratadas en el sector público posterior a abortos inducidos (Juárez y Singh, 2012). Aunque no se han realizado estimaciones más recientes, se sabe que de 2000 al 2016, la letalidad

por aborto ha disminuido en todo el país, especialmente en la Ciudad de México (CDMX) a partir de la legalización en 2007. Aún se desconoce el efecto en estos indicadores de las despenalizaciones recientes (2019 en el estado de Oaxaca, y 2021 en Hidalgo y Veracruz).

El aborto en la región de América Latina y El Caribe solamente está permitido sin condicionamientos en el primer trimestre de gestación en Argentina, Cuba, Uruguay, Guayana, Guayana francesa y Puerto Rico; en México esta condición se cumple solo en dos sitios (CDMX y Oaxaca). En el resto de la región latinoamericana y caribeña, incluyendo los otros 30 estados mexicanos, el aborto está contemplado solamente en caso de causales legales, como por el hecho de correr riesgo la salud o la vida de la madre, como producto de una violación o por inviabilidad del feto. Y el extremo más retrógrado lo representan países como el Salvador, Honduras, Nicaragua y Haití donde está totalmente penalizado sin excepciones. El problema en la región es grave, ya que tal y como lo documentan Singh, Remez, Sedgh, Kwok y Onda (2018) en su informe, en los países en donde el aborto es punible, los efectos negativos recaen directamente sobre la salud y la vida de las mujeres que no cuentan con medios para realizarse interrupciones seguras.

Así, las leyes sobre el aborto oscilan en todo el mundo entre las más restrictivas hasta las más liberales y esto perfila también mapas de pobreza o desarrollo. Los países con mayores restricciones para el aborto inducido suelen estar en vías de desarrollo en todos los sentidos (no olvidemos que dentro de los indicadores de desarrollo están también los relativos al género) y, para complicar más el panorama contemporáneo, algunos países ricos, como los Estados Unidos de Norteamérica, han vuelto a incluir en épocas recientes limitaciones respecto al aborto.

No obstante, y coincidiendo con otros estudios (Starrs *et al.*, 2018; Chemlal y Russo, 2019), el informe de Singh y colabs. (2018) hace referencia a que la despenalización del aborto o el incremento de sus causales no resuelve en automático el acceso, la seguridad, la calidad de los servicios, ni el estigma en torno a dicha práctica en los países donde hay problemas de acceso a la interrupción legal del embarazo.

Destacan, así mismo, el impacto positivo que está teniendo en todo el mundo el aborto con medicamentos, uno de los métodos recomendados para el aborto seguro por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014); ya que ello está imprimiendo en muchas latitudes la diferencia entre aborto seguro e inseguro. Y que, a pesar de las discrepancias frente a lo punible o no del aborto en los países miembros de la OMS, hay consenso respecto a los servicios que se deben brindar frente a posibles complicaciones de abortos inducidos, para combatir la “muerte materna” por esta causa en los servicios de salud (OMS, 2012).

Para una mujer el mayor riesgo de morir por esta causa se debe principalmente al uso de métodos invasivos y peligrosos para interrumpir una gestación, ya que por el contrario, la mortalidad relacionada al aborto seguro es extremadamente baja (Raymond y Grimes, 2012). La autogestión del medicamento misoprostol, solo o combinado con mifepristona, ha convertido los abortos en prácticas más seguras en los lugares donde están prohibidos (Singh *et al.*, *op. cit.*). Además, hoy en día, el aborto con medicamentos echa por tierra la necesidad de espacios hospitalarios y personal médico; una gran ventaja incluso en tiempos de pandemia como la que actualmente estamos viviendo con la covid-19, y devuelve a las mujeres la posibilidad de abortar sin acudir a servicios especializados, fuera de contextos clínicos, y sin poner en riesgo su salud (aun estando penalizado). Además, permite la realización del procedimiento en casa con mayor privacidad y comodidad, y por lo tanto con mayor autonomía y control sobre el proceso.

El aborto con medicamentos de acuerdo con la OMS (2015) puede ser administrado no solamente por personal médico y en espacios hospitalarios, sino también por personal debidamente capacitado, como enfermeras, promotores de salud, personal de farmacias y parteras profesionales, emergiendo además otras figuras que pueden acompañar dichos abortos realizados con medicamentos (parteras tradicionales, doulas, y mujeres “acompañantes”), incluso en regiones empobrecidas y lejos de los servicios de salud. Hoy en día, la autogestión del aborto con medicamentos es considerada como segura por la OMS, si se tiene acceso a la información adecuada y a los servicios de salud en caso de requerirlos o desearlos (WHO, 2020). Además, el contexto de la pandemia ha acelerado la aceptación y el permiso legal del aborto por medio de telemedicina en varios países, como Inglaterra y Gales, y el respaldo por organizaciones como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que promueve la adopción permanente de los servicios de aborto a través de la telemedicina (FIGO, 2020). Inclusive, el nuevo Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México hace referencia a estas nuevas formas para acceder a abortos seguros como las que “puede[n] ser la mejor opción para un gran número de mujeres y personas embarazadas en todo el mundo” (CNEGSR, 2021:69).

Tanto misoprostol como mifepristona se encuentran en la lista de Medicamentos esenciales de la OMS, el misoprostol (un medicamento gástrico) es relativamente fácil de conseguir en la mayoría de los países; sin embargo, hay muy poca disponibilidad de mifepristona, ya que está registrada únicamente para la interrupción de embarazo, y no en todos los países, por lo que su venta es altamente restringida.

Por lo tanto, el uso de misoprostol en contextos taxativos es común, especialmente en Latinoamérica (Singh *et al.*, 2018). El descubrimiento del misoprostol como medicamento abortivo tiene sus raíces precisamente en esta región, ya que fueron

mujeres brasileñas quienes en los años 80 empezaron a utilizar el medicamento gástrico para este fin. Y fueron mujeres latinoamericanas quienes diseminaron su uso, mucho antes de que su seguridad y efectividad fuese avalada por la evidencia científica occidentalizada (Costa, 1998). También fue en Latinoamérica donde, en las últimas dos décadas, iniciativas feministas como las Socorristas en Argentina, Las Libres en México, y varias líneas telefónicas se instalaron para proporcionar información sobre el uso seguro del misoprostol independientemente de los contextos legales (Drovetta, 2015) en diversos lugares de esta región.

Por todo lo anterior, este libro sobre aborto con medicamentos en México surge como una iniciativa, desde nuestro posicionamiento como especialistas en género y salud, con conocimientos situados a favor del bienestar y la salud de la población femenina, desentrañando la mirada hegemónica de la biomedicina, la religión y el Estado sobre los cuerpos-territorio de las mujeres.

El cómo surge la idea de hacer un trabajo que reuniera a diversas personas especialistas en el tema se derivó de la necesidad de cancelar —como efecto de la pandemia de covid-19— un coloquio presencial sobre Aborto que se llevaría a cabo en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas en 2020, pero que, al haber estado promovido en redes, ya tenía especialistas de diversos sectores interesados en el tema. Así que aprovechando que ya teníamos sus contactos; y motivadas por el entusiasmo del Dr. Aníbal Faúndes (un gran precursor del tema en América Latina y otras regiones del mundo) nos aventuramos a convocar a un libro sobre el tema específico de aborto con medicamento, bajo los lineamientos del Comité Editorial de ECOSUR.

La fórmula de dos mujeres conscientes de su privilegio de contar con recursos para trabajar y hacer ciencia, una mexicana veterana en Género y Salud con una trayectoria de más de 20 años de investigación, y una impetuosa joven médica holandesa practicante, estudiosa y defensora del aborto seguro, dio como resultado la coordinación de este libro derivado de la entusiasta respuesta de quienes participaron de la convocatoria, concretándose en una provocación a no ser indiferentes ante este tema que es desde su título, una invitación a saber qué está pasando con el aborto en México más allá de las discusiones que tejen pero también enredan la ética, la moral, la religión, la opresión, la autonomía, la alegría y la tristeza sobre los cuerpos-territorio de las mujeres que desean interrumpir una gestación no deseada, (sobre lo que ya se ha escrito bastante, y solo como sugerencia se pueden ver las obras de Tribe, 2012 y Lerner *et al.*, 2016).

Así, este texto no es un compendio más en torno a los debates de la despenalización del aborto, ni una documentación de los estragos que la falta de acceso ha provocado en muchas mujeres de la región. Se trata de una obra que muestra un nuevo

paradigma de la interrupción voluntaria del embarazo de manera eficaz y segura en diferentes latitudes de nuestro país en este momento. El cuestionamiento de fondo es si las mujeres necesitan la anuencia de sus Estados-nación para poder abortar de manera segura, o están recuperando la autonomía gracias a conocer y poder acceder a medicamentos seguros para hacerlo y qué puede implicar el que esto se conozca de manera masiva en todo el territorio de cara a una transformación en los indicadores de salud sexual y reproductiva, ante el amplio acceso a interrupciones seguras en donde el poder médico occidentalizado hegemónico puede ser prescindible. Y si dicha profecía se cumple, ¿cuáles serán las nuevas amenazas, qué pasará con la distribución y venta de los medicamentos indispensables para realizar abortos seguros sin espacios hospitalarios; cuándo y cómo se diluirá el estigma sobre el tema en México donde prevalece una normalización de la violencia hacia las mujeres?

Si ocurriera el peor de los escenarios legales donde, en lugar de transitar hacia una despenalización nacional, se pierden los dos bastiones conquistados en CDMX y Oaxaca, y como efecto de la misoginia se suprime en su totalidad este derecho como ya ha ocurrido en otras regiones de América Latina (El Salvador, Honduras, Haití y Nicaragua), ¿cuál será la reacción de las nuevas generaciones de mujeres que saben y conocen sus derechos sexuales y reproductivos? O bien tendremos un dorado enero como Argentina en el 2021 y la despenalización se concretará a nivel nacional, pero entonces ¿cuáles serán los retos que México tendrá que enfrentar para que sea una realidad igualitaria y digna en todo el territorio?

Estos cuestionamientos no se responden a cabalidad en el presente libro, pero a lo largo de cada capítulo, quien lo lea encontrará diferentes vías que llevan a cuestionamientos, pero también a conocer estrategias por medio de las cuales las mujeres mexicanas (y quienes les acompañan) están siendo protagonistas de un cambio sin precedentes en la historia de la salud sexual y reproductiva de la nueva era, al contar con medios seguros y hasta discretos de no continuar con un proyecto de vida no deseado.

Estos argumentos se van hilando a lo largo de este libro, el cual está organizado en tres apartados, comenzando con el trabajo de Aníbal Faúndes y Laura Miranda: *Auto-medicación para la interrupción voluntaria del embarazo en México y América Latina*, en donde nos presentan los resultados de una revisión de literatura sobre cómo en todo el mundo, incluyendo América Latina (y México no es la excepción) cada vez más mujeres acceden a la interrupción del embarazo provocada por sí mismas (a través del uso de medicamentos) pero advierten en sus conclusiones que esta práctica puede mejorar sustancialmente si el personal médico, de farmacia y las propias mujeres usuarias, cuentan con una óptima información sobre este mé-

todo, mismo que está impactando en la disminución de los niveles de morbilidad post-aborto en la región.

El segundo capítulo, a cargo de Georgina Sánchez-Ramírez y Suzanne Veldhuis: *Opniones y disposición del personal médico sobre el aborto en dos regiones de México*, explora la opinión y la disposición de médicos/as generales, médicos/as familiares y ginecobstetras que laboran en servicios de salud pública en cuanto a la interrupción de embarazos, contrastando datos de Chiapas (donde el aborto por voluntad de la mujer aún es punible) con la CDMX (donde el aborto está despenalizado desde hace 14 años). Los resultados muestran cómo para el caso del personal médico de la CDMX, hay más conocimiento sobre la legislación del aborto, más disposición para realizar un aborto y una mirada más liberal para que las mujeres decidan sobre su cuerpo, comparado con las respuestas de Chiapas, donde hay mayor inclinación hacia la objeción de conciencia y prejuicios sobre las mujeres que deciden abortar. No obstante, para todo el personal entrevistado, hay gran resistencia para aceptar que las mujeres utilicen de manera autónoma medicamentos para abortar con seguridad. Este capítulo nos recuerda los retos para que personal sanitario provea servicios de (post)abortos accesibles, de calidad y con empatía, más aún en caso de una futura despenalización en un estado como Chiapas.

El tercer capítulo, de Ipas Centroamérica y México (Ipas-CAM), bajo coordinación de María Elena Collado: *De barreras a eslabones: Intervenciones para la disminución de barreras para el acceso al aborto seguro con medicamentos en México*, muestra cómo frente a la decisión de interrumpir un embarazo a través del uso de medicamentos, existen dos eslabones de gran importancia en el itinerario de aborto: el acceso a los medicamentos en farmacias o en otros puntos de venta, así como el conocimiento sobre los protocolos de uso adecuado y seguro para realizar la interrupción. La autora aborda ambos procesos y describe las estrategias y resultados de las intervenciones realizadas por Ipas México entre marzo de 2018 y septiembre de 2020, que se centraron en las y los vendedores y profesionales de la salud que laboran en farmacias independientes de la CDMX y municipios del estado de Oaxaca, Hidalgo, Guerrero, Jalisco y Estado de México. Los resultados mostraron la importancia de reforzar los conocimientos e impulsar la difusión de los protocolos de uso seguro de misoprostol y cómo al ampliar los canales de transmisión de esta información se reducen las barreras para la adquisición de medicamentos en las farmacias y los riesgos de morbi-mortalidad en el proceso de interrupción del embarazo.

Hacia la segunda parte del libro, presentamos diversos trabajos en los cuales se pueden apreciar como las mujeres se dan la mano, desarrollando e implementando estrategias para concretizar un apoyo sororo en los procesos de aborto.

Primeramente, está el trabajo de Madeleine Belfrage: *La gobernanza reproductiva y el acompañamiento feminista para el aborto autónomo*. La autora refiere a las estructuras y mecanismos entrelazados de organizaciones no gubernamentales (ONG), acompañantes feministas e instituciones públicas como sistemas de “gobernanza reproductiva” y, a partir de una etnografía activista feminista, explora cómo la protocolización y la normatividad de ciertas tecnologías reproductivas son asumidas y al mismo tiempo cuestionadas por acompañantes feministas en México. Lo anterior se materializa en la práctica de solicitar ultrasonidos a las mujeres que buscan abortar, lo cual se exige como parte obligatoria de los protocolos implementados por las ONG, que por lo general capacitan a las acompañantes. Esta complejidad también se observa en la promoción del régimen combinado de mifepristona y misoprostol como ‘el estándar de oro’ de seguridad y eficacia por parte de las ONG, pues tiene efectos contraproducentes, como el acceso restringido y el efecto de colocar a las acompañantes como intermediarias y agentes de gobernanza reproductiva. Por lo tanto, la práctica del acompañamiento atraviesa múltiples terrenos políticos y sociales, incluidas la política de salud pública global, las demandas institucionales y los proyectos feministas de autonomía corporal.

El quinto capítulo corresponde a Suzanne Veldhuis, Georgina Sánchez-Ramírez y Blair Darney: “*Velamos por su seguridad*”. *Acompañantes de abortos seguros y seguridad de las acompañantes en México*. Con base en los resultados de una investigación cualitativa que analizó la seguridad de diversos modelos de acompañamiento en tres regiones en México (Baja California, Chiapas, CDMX), identifican tres tipos de acompañantes (de colectivas feministas, de ONG y autónomas), describen cómo llegaron a ser “buenas acompañantes”, y detallan las distintas prácticas de acompañamiento de acuerdo con los tres tipos, sin encontrar diferencias entre regiones en cuanto a estas prácticas. Sin embargo, identificaron una relación inversa entre el riesgo personal para las acompañantes y la seguridad holística que brindan para las mujeres acompañadas. Por último, muestran los riesgos y consecuencias personales para las entrevistadas debidos a los contextos inseguros donde se encuentran, incluyendo el contexto legal de la CDMX. Concluyen que la despenalización y desestigmatización del aborto son indispensables para poder aumentar la seguridad de las personas involucradas en interrupciones voluntarias de embarazos.

El sexto capítulo es autoría de Geicel Llamileth Benítez Fuentes y Georgina Sánchez-Ramírez: *Aborto seguro con parteras, indígenas, rurales y sororales en el sur de México*. Las autoras presentan, a través de un estudio cualitativo desde el enfoque de género y salud, los resultados del trabajo que parteras tradicionales de dos regiones diferentes en Chiapas hacen para apoyar a mujeres que desean un aborto, utilizando misoprostol y mifepristona, con previa capacitación de una organización

civil según la normatividad de la OMS. El hecho de ser católicas, pobres, con baja o nula escolaridad, y saberse al margen de la ley, no impide a las parteras entrevistadas hacer un trabajo seguro y confiable de acuerdo con la normativa de la OMS sobre aborto con medicamento en la época contemporánea, lo cual ofrece por un lado, nuevas posibilidades de interrupciones seguras en mujeres con embarazos no deseados en zonas pobres, rurales o indígenas y por otro, reivindica el potencial que tienen las parteras en México para procurar la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

En la tercera y última parte de esta obra, “Buenas nuevas”, se encuentra el trabajo de Ipas CAM, bajo coordinación de Laura Andrade: *Aborto seguro con misoprostol: Productos comunicacionales y la autogestión del aborto*. La autora expone los resultados del análisis del foro de comentarios del video “Aborto Seguro con misoprostol” publicado por Ipas México en la plataforma YouTube en julio de 2018. A través del análisis de contenido y con el propósito de conocer la composición de la conversación global generada en el foro de comentarios del video, se realizó un diagnóstico para identificar los perfiles de las/os usuarias/os, así como los temas centrales, dudas e inquietudes de quienes interactuaban en él. Se demostró que la búsqueda activa de protocolos seguros para llevar a cabo un aborto autónomo con medicamentos habilita la circulación de información directa entre usuarias/os, y es capaz de crear redes de acompañamiento digital informal, convirtiendo a estos foros en sitios donde se busca, se expone y se verifican los conocimientos a partir de la experiencia entre pares.

Por último, el libro cierra con el trabajo de Biani Saavedra-Avendaño, la reconocida experta Raffaella Schiavon y Blair Darney: *Interrupción legal del embarazo en la CDMX: ¿pueden las mujeres estimar su edad gestacional? Exploración de las diferencias por lugar de residencia y características sobiodemográficas*. En este capítulo se describe un estudio cuantitativo retrospectivo donde se usaron datos de expedientes clínicos de 43,169 mujeres que solicitaron servicios de aborto en tres sitios del programa público de la CDMX, Interrupción Legal del Embarazo (ILE), en el período de 2007 a 2015. Los resultados revelan que la mayoría de las mujeres pueden estimar su edad gestacional (EG) utilizando la fecha de última menstruación (FUM), independientemente del lugar de residencia y de los obstáculos que puedan enfrentar para solicitar los servicios legales de aborto; las mujeres más jóvenes, nulíparas y con menor nivel educativo pueden incurrir con mayor frecuencia en subestimaciones de la duración de su embarazo. Cuando esté disponible, el ultrasonido (US) puede usarse para añadir precisión al cálculo de la EG, pero no debe ser una barrera para proporcionar atención de calidad, en este caso, para la interrupción segura de un embarazo, ya sea con medicamento o por aspirado. Así entonces, los trabajos presentados en este libro sobre el aborto con medicamentos en México demuestran que

las mujeres no se detienen por leyes, normativas u otros obstáculos en la búsqueda de un aborto, y que los medicamentos misoprostol y mifepristona son herramientas poderosas en las manos de quienes desarrollaron vías innovadoras y seguras para llevar a cabo una interrupción del embarazo. La despenalización y legalización del aborto por voluntad, sin restricciones, es urgente en todo el país como primer paso y condición mínima para asegurar el bienestar de las mujeres que deciden abortar. El nuevo Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México es un elemento importante en la preparación del sistema de salud nacional para la oferta de servicios de calidad basada en ejes transversales de Derechos humanos, Perspectiva de género, Interculturalidad y Juventudes (CNEGSR, 2021). Con este libro, evidenciamos que también en el territorio mexicanos existen ya varias estrategias y formas valiosas de practicar el aborto con medicamentos, cada vez más autónomo y seguro.

Consideramos que estas deberían ser respetadas, tomadas en cuenta y facilitadas en caso de una futura despenalización, y también en las entidades donde dicha práctica ya está despenalizada. Especialmente en un país donde existe una fuerte desinformación y estigmatización del aborto, inclusive entre personal sanitario, será aún más importante dejar el control sobre el proceso del aborto en las manos de las mujeres, dentro o fuera de contextos clínicos, ya que para quienes prefieren autogestionar sus abortos, esta posibilidad se ha demostrado viable, efectiva y segura. Como científicas feministas, consideramos que la evidencia presentada en este libro respalda el lema feminista: **por un aborto libre, seguro y autónomo.**

Bibliografía

- Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L., 2020, “Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion; estimates from a comprehensive model for 1990-2019” en *The Lancet Global Health* Vol. 8, núm 9, pp. E1152-E1161.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2021, *Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/646958/LINEAMIENTO_AB_CNEGSR_OPS.pdf
- Chemlal S, Russo G., 2019, “Why do they take the risk? A systematic review of the qualitative literature on informal sector abortions in settings where abortion is legal” en *BMC Womens. Health* Vol. 19, núm. 1, pp. 0-11.
- Costa SH., 1998, “Commercial availability of misoprostol and induced abortion in Brazil”, en *Int. J. Gynecol. Obstet.* 63(Suppl. 1), pp. S131- S139.

- Darney B, Fuentes-Rivera E, Polo G, Saavedra-Avenidaño B, Alexander LT, Schiavon R., 2020, “Con la ley y sin la ley/With and without the law: Utilization of abortion services and case fatality in Mexico, 2000-2016”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics* Vol. 148, núm. 3, pp. 369-374.
- Drovetta RI., 2015, “Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women’s access to safe abortions in Latin America” en *Reprod. Health Matters* Vol. 23, núm. 45, pp. 47-57.
- FIGO, 2021, “La FIGO respalda la adopción permanente de los servicios de aborto a través de la telemedicina”. <https://www.figo.org/sites/default/files/2021-03/La%20FIGO%20respalda%20la%20adopción%20permanente%20de%20los%20servicios%20de%20aborto%20a%20través%20de%20la%20telemedicina.pdf>. [Consultado 2 de mayo 2021].
- Juárez F, Singh S., 2012, “Incidence of induced abortion by age and state, Mexico, 2009: New estimates using a modified methodology” en *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* Vol. 38, núm. 2, pp. 58-67.
- Lerner, S, Guillaume A y Melgar L., 2016, *Realidades y falacias en trono al aborto: salud y derechos humanos*. México. El Colegio de México/ Institut de Recherche pour de le Développement.
- Organización Mundial de la Salud, 2012, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. 2ª ed.
- Organización Mundial de la Salud, 2014, *Manual de práctica clínica para un Aborto seguro*.
- Organización Mundial de la Salud, 2015, *Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto*.
- Organización de las Naciones Unidas, 2015, *La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. NY, septiembre de 2015. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible>. [Consultado 3 de mayo 2021].
- Raymond E y Grimes D., 2012, “The comparative safety of legal induced abortion and child-birth in the United States”, en *Obstetrics and Gynecology* Vol. 119, núm. 2, pp. 215-219.
- Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L, Onda T., 2018, *Abortion worldwide 2017: uneven progress and unequal access*. New York: Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
- Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, Coll-Seck AM, Grover A, Laski L, Roa M, *et al.*, 2018, “Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission”, en *Lancet* Vo. 391, núm. 10140, pp. 2642-2692.
- Tribe L., 2012, *El Aborto: guerra de absolutos*. México. Fondo de Cultura Económica.

World Health Organization, 2020, “WHO recommendations on self-care interventions: Self management of medical abortion” <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332334>. [Consultado 3 de mayo 2021].

CAPÍTULO 1

Médicas, médicos y personal de farmacia frente al nuevo reto

1. Automedicación para la interrupción voluntaria del embarazo en México y América Latina

ANÍBAL FAÚNDES
LAURA MIRANDA ARTEAGA

Resumen

Objetivo: Verificar la información existente sobre aborto auto provocado con medicamentos y su asociación con la incidencia de complicaciones y niveles de morbilidad post-aborto en México y América Latina. **Método:** Revisión de la literatura, especialmente a través de PUBMED. **Resultados:** La interrupción del embarazo provocado por la propia mujer con uso de medicamentos está ampliamente difundida en todo el mundo, incluyendo América Latina, pero muchas veces sin información apropiada. **Conclusiones:** El aborto auto provocado con medicamentos está accesible y es ampliamente usado, pero la información, no solo de las mujeres sino también de los empleados de farmacia y profesionales de la salud, podría mejorar mucho los resultados.

Palabras clave: aborto inducido, automedicación, mifepristona, misoprostol, proveedor de servicios de salud, telemedicina.

Introducción

EXISTE LA UTOPIÍA DE QUE TODOS LOS EMBARAZOS QUE OCURREN EN MÉXICO, América Latina y en el mundo, fueran planeados y deseados por ambos progenitores, pero la realidad es que, como en todos los otros países del mundo, un porcentaje relativamente elevado de los embarazos ocurren sin haber sido planeados y muchas veces son absolutamente rechazados. Cuando es así, muchas de las mujeres, en dichas condiciones buscan una manera de interrumpir ese embarazo inesperado.

Entre las situaciones en las que los embarazos no planeados son rechazados, se encuentran aquellas que colocan en grave riesgo la salud o la vida de la mujer, o bien cuando el embarazo es el resultado de violencia sexual. En tales casos, el embarazo puede ser interrumpido legalmente en casi todos los países de la región latinoamericana, al igual que en la inmensa mayoría de los países del mundo.

El acceso al aborto legal; sin embargo, no depende apenas de la ley, sino también de la disponibilidad de servicios y de profesionales capacitados y dispuestos a ejecutar la interrupción voluntaria del embarazo. Como el aborto está muy estigmatizado, gran parte de los profesionales no se muestran dispuestos a prestar estos servicios, principalmente si eso significa la extracción de un embrión o feto del útero de la mujer. Frente a esa situación, lo más habitual es que el médico alegue objeción de conciencia, lo que es un legítimo derecho profesional. Nos encontramos, por lo tanto, entre dos valores en conflicto: el derecho y la necesidad de la mujer de interrumpir el embarazo y el derecho del profesional a la objeción de conciencia.

El surgimiento del misoprostol, a finales de la década de 1980 e inicio de la década de 1990 (Garris, 1989; Walt, 1992), trajo la posibilidad de interrumpir el embarazo con medicamento (Bugalho y otros, 1996), lo que facilitó enormemente el acceso al aborto legal, ya que, para los médicos, el uso de medicamentos para provocar un aborto coloca una cierta distancia entre su actuación y el aborto mismo (Faúndes 2004). La disponibilidad del misoprostol ha permitido, además, que la propia mujer adquiera y se auto-administre este medicamento para interrumpir su embarazo, sin la intervención de un agente de salud. Evaluar la extensión de esta práctica y sus posibles consecuencias es el objetivo de este capítulo.

Desarrollo

La experiencia con el uso del misoprostol permitió verificar que es altamente eficaz en la función de interrumpir un embarazo y que la tasa de complicaciones graves es mínima, como lo muestran los resultados del programa de reducción de riesgos y

daños implementada en Uruguay (Briozzo y otros, 2006). Ese modelo se ha reproducido en otros países con el mismo éxito, como por ejemplo en el Perú (Grossman y otros, 2018), aunque es evidente que no todos los abortos auto-provocados con misoprostol son completos, sobre todo si las mujeres que lo practican no manejan suficientemente la información sobre el uso del medicamento o no tienen supervisión de un proveedor bien entrenado. Se entiende por aborto “completo”, aquel en que hay expulsión de todo el contenido embrionario, fetal y placentario, sin que se requiera otra intervención para completar el vaciamiento uterino.

Un cambio muy importante introducido por la disponibilidad del misoprostol es permitir que no solo ginecólogos, sino otros profesionales de la salud más próximos a la realidad cotidiana de las mujeres, como los médicos de familia y profesionales no médicos, puedan practicar el aborto legal con medicamentos, como ha sido demostrado en México y otros países (Díaz Olavarrieta y cols, 2015; Anderson y otros, 2019).

Poco después del surgimiento del misoprostol, fue sintetizada la mifepristona, inicialmente conocida como RU 486, antagonista de la progesterona que ocupa sus receptores en el útero sin tener efecto progestativo (Baulieu, 1989). En gestaciones iniciales, la administración solo de mifepristona puede interrumpir el embarazo, pero más allá de las 7 semanas ya no es eficaz. En cambio, administrado 24 a 48 horas antes del misoprostol, no solo aumenta su eficacia, incluyendo una mayor proporción de abortos completos, sino también reduce los efectos secundarios, particularmente el dolor provocado por los cólicos uterinos inducidos por el misoprostol (WHO, 2012). Así, la disponibilidad de la combinación de mifepristona y misoprostol permite que cualquier médico u otro profesional de salud, pueda ayudar a la mujer embarazada con derecho legal a su interrupción, recurriendo al aborto con medicamentos, con mayor seguridad y eficacia, y permitiendo que la mujer sufra menos efectos secundarios y menos dolor (WHO, 2012). Por estas razones la Organización Mundial de la Salud establece la combinación de mifepristona más misoprostol como el estándar de oro para el aborto con medicamento (WHO, 2012). En el caso de la Ciudad de México en la que el aborto es legal, actualmente se dispone tanto de mifepristona como de misoprostol para la interrupción del embarazo (Díaz Olavarrieta y cols, 2015).

Su efecto en el inicio de la gestación, cuando hay apenas un atraso menstrual y antes de un diagnóstico de embarazo, permitiría su uso justamente para “recuperar la menstruación” en ambientes legales restrictivos, sin que se pueda acusar a la mujer de haber violado la ley (Banwell y Paxman, 1992). Desafortunadamente, la mifepristona todavía no está registrada y disponible en diversos países de América Latina, lo que hace que las mujeres de esos territorios, con derecho a la interrupción

ción legal del embarazo y que lo practiquen con medicamentos, estén sometidas a sufrir más efectos secundarios y más dolor que las mujeres de otros países donde la mifepristona está disponible. No existe justificación jurídica ni médica para que las mujeres de todos esos países tengan que ser sometidas a las desventajas de no usar mifepristona, antes de recibir el misoprostol, para la interrupción del embarazo dentro de la ley. Urge, por lo tanto, que se tomen las medidas necesarias para que la mifepristona esté registrada, aprobada y disponible en todos los países de la región donde el aborto es legal por alguna circunstancia.

La disponibilidad del aborto con medicamentos ha facilitado el acceso a la interrupción segura del embarazo alrededor del mundo (Cameron, 2018). Un estudio reciente en el estado de Columbia Británica de Canadá, por ejemplo, mostró que 70% de las interrupciones legales del embarazo realizadas por médicos rurales, eran practicadas con el uso de medicamentos. (Norman y otros, 2013).

Por otra parte, servicios de aborto seguro provistos por enfermeras o parteras pueden ser tan adecuados como los atendidos por médicos cuando son realizados por medio de medicamentos (Diaz Olavarrieta y cols, 2015; Anderson y otros, 2019). A la vez, el permitir que estos servicios sean provistos por profesionales no médicos, aumenta la accesibilidad a estos servicios de aborto legal (Schiavon y Troncoso, 2020).

Además, aun en contextos en que las leyes sobre aborto son muy restrictivas, el acceso al misoprostol no es difícil y permite que las propias mujeres lo adquieran en las farmacias o en el mercado irregular y lo utilicen para interrumpir sus embarazos, como por ejemplo se ha descrito en Nepal (Rogers y otros, 2019). Así mismo, una revisión de la literatura mostró que los farmacéuticos y empleados de farmacia, que tradicionalmente son consultados por mujeres que solicitan medicamentos para “recuperar su menstruación”, ahora proporcionan misoprostol aun en condiciones en que sería prohibido, aunque muchas veces no sepan orientar adecuadamente sobre la dosis y cómo utilizarlo (Sneeringer y otros, 2012). Como el misoprostol pasó a ser usado por las mujeres para provocarse abortos fuera del marco legal y sin la asistencia de un proveedor de salud, esos abortos caen en la definición de abortos inseguros de la OMS. Sin embargo, la propia OMS ha tenido que crear nuevas definiciones que reconocen que el grado de “inseguridad” es considerablemente menor cuando es provocado con misoprostol que con los métodos cruentos utilizados antes de la disponibilidad de este medicamento (Sedgh y otros, 2016).

De la misma forma, la disponibilidad del aborto con medicamentos ha facilitado que los servicios sean prestados no solo por médicos, sino también por enfermeros (as), con igual eficacia y menor costo, aun en países de altos recursos como Suecia (Sjöström y otros, 2016).

Aunque la eficacia del misoprostol es alta, el porcentaje de abortos completos es menor que con métodos quirúrgicos, en embarazos de hasta 12 semanas, de acuerdo con una reciente revisión sistemática (Kapp y otros, 2019). En esa misma revisión se confirmó la mayor eficacia de la administración por vía vaginal en comparación con la oral, y el aumento de la eficacia con dosis repetidas de misoprostol, tanto solo, como administrado después de mifepristona (Kapp y otros, 2019).

La gran ventaja del aborto con medicamentos es que la mujer ya no depende totalmente de la disponibilidad de servicios y de proveedores dispuestos a prestarlos, ya que en casi todos los lugares es posible adquirir el misoprostol en las farmacias, aun en situaciones en que no sería legal (Rogers y otros, 2019). Por ejemplo, en poblaciones africanas al sur del Sahara, de muy bajos ingresos, como es el caso de Burkina Faso, el misoprostol está disponible y es usado tanto con ayuda, como sin la asistencia de un proveedor de salud, aunque la eficacia es menor cuando la información recibida no es suficiente ni adecuada (Drabo, 2019). Este mismo estudio en Burkina Faso encontró que la interrupción del embarazo con misoprostol, en embarazos tempranos, se veía como comparable a la anticoncepción de emergencia y como tal, el aborto perdía mucho del estigma y era mejor aceptado moralmente por la población (Drabo, 2019).

Así mismo, un estudio realizado en Nigeria encontró que 94% de las mujeres que obtuvieron misoprostol en el mercado informal, tuvieron aborto completo y solo uno por ciento buscó asistencia médica después del aborto (Stillma y otros, 2020).

Los resultados, sin embargo, no son siempre tan buenos cuando se practica automedicación, comparado con la administración de medicamentos en un servicio apropiado, seguramente por problemas en la forma de usarlo. Las diferencias, sin embargo, no son muy grandes (Rogers y cols, 2019). Estudios muestran que aunque muchas farmacias vendan el misoprostol sin prescripción médica, son pocos los vendedores de farmacia o farmacéuticos que dan informaciones correctas sobre los límites de edad gestacional o sobre el número de comprimidos y la forma de administrarlos para interrumpir un embarazo, aun en países donde el aborto es legal (Powell-Jackson y otros, 2015; Schiavon y Troncoso, 2020).

La cuestión del límite de edad gestacional es un factor muy importante. Inicialmente se aceptaba que el auto-aborto con medicamentos y realizado fuera de un servicio de salud era seguro, cuando la gestación era de hasta 9 semanas, y posteriormente se aceptó que fuera hasta las 10 semanas. En la práctica, las mujeres usan el misoprostol en embarazos mucho más avanzados, lo que puede llevar a complicaciones, anemia y hasta shock hipovolémico (Nivedita y cols, 2015).

Un mecanismo para que las mujeres tengan acceso a la información, para mejorar la eficacia y seguridad al realizar un aborto con medicamentos es a través de

los medios electrónicos. Muchas buscan información directamente en Google, especialmente las de menor edad (Jerman y otros, 2018). Un buen ejemplo del uso de medios electrónicos es el caso del programa llamado “Women on Waves” (*Mujeres en las olas*), que además de ofrecer información, provee el tratamiento a mujeres que les contactan y se lo solicitan. Otra vía es la telemedicina, un modelo mediante el cual la mujer recibe la atención para una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a distancia, por teléfono o videoconferencia. De acuerdo con este enfoque, el procedimiento se realizaría con medicamentos, más comúnmente con mifepristona y misoprostol (Raymond y cols, 2019).

Una evaluación del programa “Women on waves” realizado en Irlanda, mostró que 95% de las mujeres consiguieron un aborto completo sin necesidad de complemento quirúrgico, además de reducir la edad gestacional en que los abortos fueron realizados (Aiken y otros, 2017).

Por otra parte, un estudio realizado en los Estados Unidos de América (EEUU), entre miembros de la Sociedad para Planificación Familiar, la Asociación de Proveedores de Salud Reproductiva y la Red de Atención al Aborto (Society for Family Planning, Association of Reproductive Health Providers and the Abortion Care Network), encontró que la mayor parte de ellos evaluaba que el auto-aborto con medicamentos era seguro, aunque un tercio había atendido complicaciones derivadas de esa práctica. Así mismo, la mayor parte estimaba que se trata de una práctica que va en aumento (Kerestes y otros, 2019). Sin embargo, es importante mencionar que otro efecto de la práctica cada vez más común de auto-aborto con medicamentos es que, como la mayor parte de quienes lo realizan no tienen complicaciones y no van a servicios de salud, no hay datos que permitan evaluar el número de abortos que ocurren en una población determinada (Berer, 2020).

En países tan avanzados como Noruega, la introducción del aborto con medicamentos, además de aumentar el número de opciones, redujo el tiempo de espera entre la solicitud del procedimiento y su ejecución, además de reducir la edad gestacional media de estas intervenciones (Løkeland y otros, 2017). También en Suecia se describe que la disponibilidad del aborto con medicamentos ha permitido expandir el proceso de “compartir tareas” (Task sharing) en la atención del aborto, aumentando la participación de profesionales no médicos (Endler y otros, 2019). En Nepal, se evaluó la posibilidad de proveer medicamentos para la práctica de abortos, en las farmacias, prescritos por auxiliares de enfermería obstétrica entrenadas, y los resultados fueron semejantes a los observados ofreciendo aborto con medicamentos en unidades de salud (Rocca y otros, 2018).

En estudios realizados en países donde el aborto es legal, como África del Sur, donde se puede ofrecer a las mujeres la opción entre aborto quirúrgico y aborto con

medicamentos, se ha descrito que hasta 90% de las mujeres prefieren el aborto con medicamentos (Lince-Deroche y otros, 2017).

Seguramente que el significado más importante de la disponibilidad del misoprostol para la interrupción voluntaria del embarazo ha sido la reducción de las complicaciones y, seguramente, de la mortalidad asociada al aborto provocado fuera de la ley. Estudios realizados en Brasil, poco después de la difusión del uso de misoprostol en sustitución de métodos más cruentos del aborto provocado, mostró una significativa reducción de las complicaciones asociadas al aborto (Viggiano y otros, 1996; Faúndes y otros, 1996).

Otra ventaja del aborto con medicamentos es que cuando no es completo y quedan restos que requieren su remoción en hospital, los síntomas y signos son iguales a los observados en caso de aborto espontáneo, lo que evita que las mujeres puedan ser denunciadas de haberse provocado un aborto ya que no hay ninguna señal de maniobras de interrupción del embarazo (Suh, 2014).

Una posible desventaja del aborto con medicamentos en comparación con la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es que en servicios que ofrecen ambas alternativas, una mayor proporción de clientes relataron altos niveles de cuidados centrados en la persona y de comunicación y autonomía entre mujeres tratadas con AMEU, comparadas con las que recibieron aborto con medicamentos (Sudhinaraset y otros, 2019). Una posible explicación para esta diferencia puede ser que en el caso del AMEU la relación proveedor cliente necesita ser más próxima y directa. Por otro lado, la privacidad ha sido la principal ventaja, declarada por mujeres en los EEUU, para preferir el aborto auto-realizado con medicamentos (Aiken y cols, 2020).

Por otra parte, un estudio realizado en Irán mostró que la tasa de visibilidad, definida como el número de conocidos o parientes que supieron del aborto, fue mayor cuando el aborto fue realizado con medicamentos (Zamanian y otros, 2016). Se entiende que una rápida visita al proveedor que práctica un AMEU, sin requerir internación, puede ser mucho menos evidente que un aborto con medicamentos que ocurre en el propio hogar, durante horas.

Finalmente, una revisión Cochrane, relativamente reciente, no encontró ninguna evidencia de que el aborto con medicamentos no pueda ser administrado con seguridad a mujeres portadoras de infección por VIH (Saleem y otros, 2018). Otra revisión Cochrane más reciente, encontró que la auto-administración de medicamentos para provocar un aborto temprano era tan efectiva como la administración por un agente de salud. No pudo confirmar, sin embargo, si la seguridad del procedimiento era similar en los dos casos, por falta de estudios específicos sobre el tema (Gambir y otros, 2020).

Con referencia al covid 19, la existencia de la pandemia ha llevado a que menos mujeres busquen la atención en centros de salud y prefieran la auto-medicación sin contacto con unidades de salud, donde podrían ser contaminadas con el coronavirus (Aiken y otros, 2020).

Conclusiones

Se puede concluir que el surgimiento de la opción del aborto con medicamentos ha traído importantes progresos en cuanto al acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, reduciendo enormemente las complicaciones del aborto practicado fuera del marco legal y facilitando el acceso al aborto legal que, además, ha pasado a ser realizado en edades gestacionales cada vez más tempranas, al eliminar barreras que demoraban su ejecución.

Una revisión de las estadísticas oficiales de países de altos ingresos económicos, por ejemplo, encontró que en los últimos 10 años había ocurrido un aumento paralelo en el uso de aborto con medicamentos y en la proporción de abortos con 9 semanas o menos de gestación (Popinchalk y Sedgh, 2019).

Además, ha permitido que la limitación legal pase a tener menos importancia, porque dentro o fuera de la ley, la mayor parte de los abortos ha pasado a ser realizado principalmente con el uso de medicamentos, reduciendo enormemente el riesgo de complicaciones graves asociadas al aborto realizado fuera del marco legal (Vásquez-Quesada y otros, 2020).

Bibliografía

- Aiken ARA, Starling JE, van der Wal A, van der Vliet S, Broussard K, Johnson DM, Padron E, Gomperts R, Scott JG., 2020, "Demand for Self-Managed Medication Abortion Through an Online Telemedicine Service in the United States" en *Am J Public Health*, Vol. 10, num. 1, pp. 90-97.
- Andersen KL, Basnett I, Shrestha DR, Shrestha MK, Shan M, Shilu Aryal S, 2016, "Expansion of Safe Abortion Services in Nepal Through Auxiliary Nurse-Midwife Provision of Medical Abortion, 2011-2013" en *J Midwifery Womens Health*, Vol. 61, núm. 2, pp. 177-184.
- Banwell SS, Paxman JM, 1992 "The search for meaning: RU 486 and the law of abortion" en *Am J Public Health*, Vol. 82, núm. 10, pp. 1399-1406.
- Baulieu EE, 1989, "Contraception and other clinical applications of RU 486, an antiprogesterone at the receptor" en *Science*, Vol. 245, núm. 4924, pp. 1351-1357.

- Berer M, 2020, "Reconceptualizing safe abortion and abortion services in the age of abortion pills: A discussion paper" en *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, Vol. 63, pp. 45-55.
- Briozzo L, Vidiella G, Rodríguez F, Gorgoroso M, Faúndes A, Pons JE, 2006, "A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion" en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 95, pp. 221-226.
- Bugallo A, Faúndes A, Jamisse L, Usfá M, Maria E, Bique C, 1996, "Evaluation of the effectiveness of vaginal misoprostol to induce first trimester abortion" en *Contraception*, Vol. 53, núm. 1, pp. 243-246.
- Cameron S, 2018, "Recent advances in improving the effectiveness and reducing the complications of abortion" en *Version 1*, F1000Res. 2018; 7: F1000 Faculty Rev-1881. Published online 2018 Dec 2.
- Diaz Olavarrieta C, Ganatra B, Sorhaindo A, Karver TS, Seuc A, Villalobos A, Sandra G García SG, Pérez M, Manuel Bousiequez M, Sanhueza P, 2015, "Nurse versus physician-provision of early medical abortion in Mexico: a randomized controlled non-inferiority trial" en *Bull World Health Organ*, Vol. 93, núm. 4, pp. 249-58.
- Drabo S, 2019, "A Pill in the Lifeworld of Women in Burkina Faso: Can Misoprostol Reframe the Meaning of Abortion" en *Int J Environ Res Public Health*, Vol. 16, núm. 22, p. 4425.
- Endler M, Cleeve A, Sääv I, Gemzell, Danielsson K., 2020, "How task sharing in abortion care became the norm in Sweden: A case study of historic and current determinants and events" en *Int J Gynaecol Obstet*, Vol. 150, Suppl 1, pp. 34-42.
- Faúndes A, Santos LC, Carvalho M, Gras C, 1996, "Postabortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol" en *Adv Contracept*, Vol. 12, pp. 1-9.
- Faúndes A, Duarte GA, Andalaft-Neto J, Sousa MH, 2004, "The closer you are, the better you understand: the reaction of Brazilian Obstetrician-Gynaecologists to unwanted pregnancy" en *Reproductive Health Matters*, Vol. 12, 24 Supplement, pp. 47-56.
- Faúndes A, 2018, "Misoprostol, An essential drug in Reproductive Health" en *J Pregnancy Reprod*, Vol. 2, núm. 4, pp. 1-3.
- Gambir K, Kim C , Necastro KA, Ganatra B, D Ngo T, 2020, "Self-administered versus provider-administered medical abortion" en *Cochrane Database Syst Rev* núm 3, p. CD013181.
- Garris RE, Kirkwood CF, 1989, "Misoprostol: a prostaglandin E1 analogue" en *Clin Pharm*, Vol. 8, pp. 627-644.
- Grossman D, Baum SE, Andjelic D, Tatum C Torres G, Fuentes L, Friedman J, Ciccozzi M, 2018, "A harm-reduction model of abortion counselling about misoprostol use in Peru with telephone and in-person follow-up: A cohort study" en *PLoS One*, Vol. 13, núm. 1, p. e0189195.
- Jerman J, Onda T, Jones RK, 2018, "What are people looking for when they Google "self-abortion"?" en *Contraception*, Vol. 97, núm. 6, pp. 510-514.

- Kapp N, Eckersberger Er , Lavelanet A, Rodriguez MI, 2019, “Medical abortion in the late first trimester: a systematic review” en *Contraception*, Vol. 99, núm. 2, pp. 77-86.
- Kerestes CA, Stokedale CK, Bridget-Zimmerman, M, Hardy-Fairbanks, AJ, 2019, “Abortion provider`s experiences and views on self managed medication abortion. An exploratory study” en *Contraception*, Vol. 100, pp. 160-184.
- Lince-Deroche N, Fetters T, Sinanovic E, Devjee J, Moodley J, Blanchard K, 2017, “The costs and cost effectiveness of providing first-trimester, medical and surgical safe abortion services in KwaZulu-Natal Province, South Africa” en *PLoS One*, Vol. 12, núm. 4, p. e0174615.
- Løkeland M, Bjørge T, Iversen O-E, Akerkar R, Bjørge L, 2017, “Implementing medical abortion with mifepristone and misoprostol in Norway 1998-2013” en *Int J Epidemiol*, Vol. 46, núm. 2, pp. 643-651.
- Nivedita K, Shanthini E, 2015, “Is It Safe to Provide Abortion Pills over the Counter? A Study on Outcome Following Self-Medication with Abortion Pills” en *J Clin Diagn Res*, Vol. 9, núm. 1, pp. QC01-QC04.
- Norman WV, Soon JA, Maughn N, 2013, “Barriers to Rural Induced Abortion Services in Canada: Findings of the British Columbia Abortion Providers Survey (BCAPS)” en *PLoS One*, Vol. 8, núm. 6, p. e67023.
- Popinchalk A, Sedgh G, 2019, “Trends in the method and gestational age of abortion in high-income countries” en *BMJ Sex Reprod Health*, Vol. 45, núm. 2, pp. 95-103.
- Powell-Jackson T, Acharya R, Filippi V, Ronsmans C, 2015, “Delivering Medical Abortion at Scale: A Study of the Retail Market for Medical Abortion in Madhya Pradesh, India” en *PLoS One*, Vol. 10, núm. 3, p. e0120637.
- Raymond E, Chong E, Winikoff, Platais B, Mary M y otros, 2019, “TelAbortion: evaluation of a direct to patient telemedicine abortion service in the United States” en *Contraception*, Vol. 100, pp. 173-177.
- Rocca CH, Puri, M, Shrestha P, Blum, M, Maharjan D, Grossman D, Regmi K, Darney PD, Harper CC, Vermund SH, 2018, “Effectiveness and safety of early medication abortion provided in pharmacies by auxiliary nurse-midwives: A non-inferiority study in Nepal” en *PLoS One*, Vol. 13, núm. 1, p. e0191174.
- Rogers C, Sapkota S, PauderR, Dantas JAR, 2019, “Medical abortion in Nepal: a qualitative study on women’s experiences at safe abortion services and pharmacies” en *Reprod Health*, Vol. 16, p. 105.
- Saleem HT (Monitoring Editor), Narasimhan M, Ganatra B, Kennedy CE, and Cochrane Fertility Regulation Group, 2018, “Medical and surgical abortion for women living with HIV” en *Cochrane Database Syst Rev*, núm 12, p. CD012834.

- Schiavon R, Troncoso E, 2020, "Inequalities in access to and quality of abortion services in Mexico: Can task-sharing be an opportunity to increase legal and safe abortion care?" en *Int J Gynaecol Obstet*, Vol. 150, Suppl 1, pp. 25-33.
- Sedgh G, Filippi V, Owolabi OO, Singh SD y otros, 2016, "Insights from an expert group meeting on the definition and measurement of unsafe abortion" en *Int J Gynaecol Obstet*, Vol. 134, núm. 1, pp. 104-106.
- Sneeringer RK, Billings DJ, Ganatra B, Bairda T, 2012, "Roles of pharmacists in expanding access to safe and effective medical abortion in developing countries: A review of the literature" en *Journal of Public Health Policy*, Vol. 33, pp. 218-229.
- Sjöström S, Kopp Kallner H, Simeonova E, Madestam A, Gemzell-Danielsson K, 2016, "Medical Abortion Provided by Nurse-Midwives or Physicians in a High Resource Setting: A Cost-Effectiveness Analysis" en *PLoS ONE*, Vol. 11, núm. 6, p. e0158645.
- Sudhinaraset M, Landrian A, Montagu D, Mugwanga Z, Gemmill A, 2019, "Is there a difference in women's experiences of care with medication vs. manual vacuum aspiration abortions? Determinants of person-centered care for abortion services" en *PLoS One*, Vol. 14, núm. 11, p. e0225333.
- Stillman M, Owolabi O, Fatusi AO, Akinyemi AI, Berry AL, Erinfolami TP, Olagunju OS, Väisänen H, Bankole A, 2020, "Women's self-reported experiences using misoprostol obtained from drug sellers: a prospective cohort study in Lagos State, Nigeria" en *BMJ Open*, Vol. 10, núm. 5, p. e034670.
- Suh S, 2014, "Rewriting abortion: deploying medical records in jurisdictional negotiation over a forbidden practice in Senegal" en *Soc Sci Med*, Vol. 108, pp. 20-33.
- Vázquez-Quesada L, Shukla A, Vieitez I, Acharya R, RamaRao S, 2020, "Abortion Self-Care: A Forward-Looking Solution To Inequitable Access" en *Int Perspect Sex Reprod Health*, Vol. 46, Suppl 1, pp. 91-95.
- Viggiano M, Faúndes A, Borges AL y otros, 1996, "Disponibilidade de misoprostol e complicacoes de aborto provocado em Goia^nia" en *J Bras Ginecol*, Vol. 106, pp. 55-61.
- Walt RP, 1992, "Misoprostol for the treatment of peptic ulcer and anti-inflammatory drug induced gastroduodenal ulceration" en *N Engl J Med*, Vol. 327, pp. 1575-80.
- WHO, 2012, *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*, Ginebra.
- Zamanian M, Reza Baneshi M, Haghdoost A, Zolala F, 2016, "Estimating the visibility rate of abortion: a case study of Kerman, Iran" en *BMJ Open*, Vol. 6, núm. 10, p e012761.

2. Opiniones y disposición de personal médico sobre el aborto en dos regiones de México

GEORGINA SÁNCHEZ-RAMÍREZ
SUZANNE VELDHUIS

Resumen

Este estudio exploró la opinión y la disposición de médicos/as generales, médicos/as familiares y ginecobstetras que laboran en servicios de salud pública en cuanto a la interrupción de embarazos, contrastando datos de Chiapas (donde el aborto por voluntad de la mujer aún es punible) con la Ciudad de México (CDMX) (donde el aborto está despenalizado desde hace 14 años). Se aplicó un cuestionario cuantitativo, en línea, de una manera anónima, confidencial, auto-aplicada, y con consentimiento informado, en hospitales de la Secretaría de Salud del estado de Chiapas y de la Jurisdicción Sanitaria de Tláhuac, CDMX, en 2019, participando 128 personas. Los resultados muestran cómo para el caso del personal médico de la CDMX, el conocimiento de la NOM-046 (que garantiza el derecho a una interrupción en caso de violación) y legislación estatal, la disposición para realizar un aborto y la mirada liberal para que las mujeres decidan sobre su cuerpo es más positiva, comparado con las respuestas de Chiapas, donde hay mayor desconocimiento de dicha norma y las causales legales para realizar un aborto; con mayor inclinación hacia la objeción de conciencia y prejuicios sobre las mujeres que deciden abortar. No obstante, para todo el personal entrevistado, hay gran resistencia

para aceptar que las mujeres utilicen de manera autónoma medicamentos para abortar con seguridad. Todo ello implica serios retos para los servicios de salud, en el plausible escenario de la despenalización del aborto en todo México.

Palabras clave: aborto, derechos sexuales y reproductivos, despenalización del aborto, NOM-046, objeción de conciencia.

Antecedentes

EN EL MUNDO ENTERO, HAY YA SUFICIENTES EVIDENCIAS SOBRE LAS VENTAJAS de despenalizar el aborto en todos los países (Erdman y Cook, 2020; Fathalla, 2020). Desafortunadamente, solo en las regiones más desarrolladas se puede apreciar el ejercicio de las mujeres a este derecho y el correspondiente impacto positivo en los indicadores de salud sexual y reproductiva.

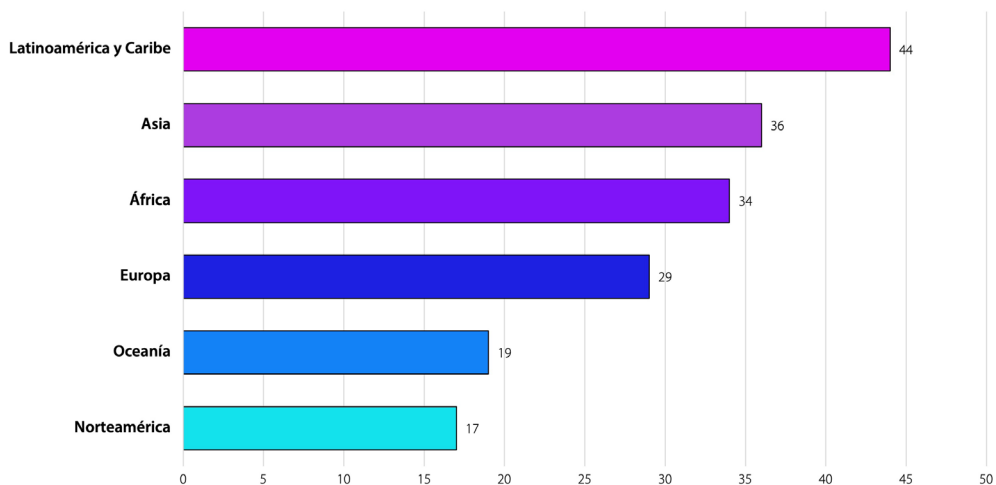
El acceso a abortos seguros y legales es un derecho humano de las mujeres que no está garantizado a nivel mundial, por diversas barreras, estigmas sociales o sexistas y cuestiones de legalidad. Entre 2015-2019 se estimó una tasa de abortos de 39 por cada 1000 mujeres, sin diferencia entre contextos legales o restrictivos (Bearak y otros, 2020). Sin embargo, el 97% de los abortos inseguros son realizados en países en desarrollo, con legislaciones restrictivas (Ganatra y otros, 2017). Las posibles complicaciones en la salud por abortos inseguros incluyen hemorragias, infecciones de diferentes grados de gravedad, infertilidad y muerte (Juárez y otros, 2013: 45).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere a la legalización del aborto como una manera de bajar la incidencia de abortos inseguros y sus complicaciones (Fathalla, 2020). Sin embargo, existen barreras de acceso a abortos seguros también en contextos legales (Singh y otros, 2018). Por esta razón, es importante evaluar los obstáculos preexistentes para la realización de abortos legales y sugerir formas de evitar dichas complicaciones.

En Latinoamérica y el Caribe, la incidencia de abortos inseguros es de las más altas en el mundo, de ahí la inaplazable necesidad de legalización y acceso universal a abortos en condiciones seguras (ver figura 1).

En México, las leyes sobre aborto son moderadamente restrictivas (Ipsa México, 2020; Singh y otros, 2018). Legalmente las mujeres tienen acceso al aborto en todos los estados en caso de una violación sexual, en estricto apego a la Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 (NOM-046, 2015). Dependiendo del estado, hay otras cau-

Figura 1. Número de abortos por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años en diferentes continentes. Período de 2010-2014



Fuente: Elaboración propia con base en <https://www.gutmacher.org/report/abortion-worldwide-2017> Singh y otros, (2018)

sales legales que lo permiten, no obstante, en la práctica, este acceso a las interrupciones seguras no necesariamente se cumple (GIRE, 2017).

En un reciente artículo publicado en el 2019, por Fátima Juárez y un equipo altamente especializado en el estudio del aborto inducido, se menciona que en México ocurren más de un millón de abortos al año, a pesar de las leyes restrictivas al respecto en 30 de los 32 estados del país (Juárez y otros, 2019) ya que como es sabido en la Ciudad de México (CDMX), en el 2007, se legalizó el aborto voluntario hasta las 12 semanas de gestación, y en Oaxaca a partir del 2019. Sin embargo, incluso después de la legalización y la oferta del servicio gratuito en el sistema de salud pública en la Ciudad de México, todavía existen obstáculos para las mujeres; se enfrentan con malos tratos por parte del personal médico, quienes las avergüenzan y hacen sentir culpables (Singer, 2017). Así, el aborto, cualquiera que sea la situación legal y de servicios, sigue estando estigmatizado en todo el país (Sorhaindo y otros, 2014).

Dentro de las barreras de acceso a los servicios de aborto más manifiestas en los servicios públicos de salud, está la posibilidad que tienen las y los médicos de hacer *objeción de conciencia* (justificación de carácter ético o religioso que alega una persona para incumplir u oponerse a disposiciones oficiales). Después de la despe-

nalización del aborto en la CDMX, la objeción de conciencia era una de las barreras más comunes para el acceso, alegada sobre todo por parte de médicos de nuevo ingreso al sistema de salud (Contreras y otros, 2011; Diaz-Olavarrieta y otros, 2012). Al principio, todos los proveedores de salud tuvieron la capacidad de usar dicha objeción, posteriormente se emitió un nuevo reglamento en donde solamente los proveedores autorizados para realizar el aborto (médicos/as familiares, ginecobstetras y generales) tenían derecho a usarla. Debido a esto, el personal médico dispuesto a efectuar un aborto disminuyó, aumentando la carga y la presión laboral sobre ellos/as (Contreras y otros, 2011).

Además de las opiniones y subjetivaciones de las y los médicos, su voluntad de hacer el procedimiento de aborto inducido —aunque no se apeguen a la objeción de conciencia— limita considerablemente el acceso a interrupciones seguras. En Brasil, se encontró que hay médicas y médicos de acuerdo con la opción legal para que una mujer pueda abortar después de una violación, pero la mayoría no están en la disposición de hacerlo, lo cual es una incongruencia total. En el mismo artículo, los autores sugieren que hay más disposición para otorgar medicamentos para la interrupción, que, para realizar el aborto quirúrgico, considerando el primero como un mal menor (Faúndes y otros, 2019:4). Esto demuestra que no es suficiente con conocer si el personal médico está o no a favor del aborto, sino también saber su disposición a prestar dicho servicio. En una investigación similar en México (Silva y otros, 2008) se concluye que las y los médicos con alto nivel de conocimiento de las leyes sobre el aborto en su estado, tienden a estar más de acuerdo con la legalidad del aborto y hay más disposición a hacerlo.

La aplicación de la objeción de conciencia se ha incrementado en los últimos años en toda América Latina y de forma particular en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva (anticoncepción para adolescentes, píldoras de emergencia y aborto). Al respecto, Cristina González (2018) menciona que desde la bioética es importante distinguir que una cosa es la objeción y otra muy diferente es la obstrucción y la imposición de barreras.

La objeción podría considerarse en cierto modo un privilegio que en nada modifica la obligación ética que se tiene en la profesión de no interferir con la autonomía de la mujer, de salvaguardar su bienestar y, más aún, de no hacerle daño o negarle información (González, 2018).

De tal manera que González sugiere apegarse a la tesis del *Mutuo acuerdo* ya que esta protege la conciencia desde un marco de libertad en donde de manera intencional las personas involucradas (en este caso en una situación de abortos legales)

tengan muy claro que una cosa es el respeto a las creencias y otra el compromiso institucional; para ello es indispensable que las y los trabajadores de salud tengan muy clara su intervención profesional para: evitar daños, promover la salud de las personas, respetar la autonomía de las mujeres que acuden a una interrupción por causas legales (en este caso) y evitar las barreras para el acceso y la discriminación, protegiendo a quienes sí están dispuestas a realizar el servicio. Esto último es sumamente importante dado que en México los grupos anti-derechos autodenominados Pro-vida, agreden a quienes realizan y quienes reciben este tipo de intervenciones (Veldhuis, 2020). De tal manera que, desde un marco de Derechos, se proteja tanto a quienes dan el servicio como a quienes lo soliciten.

Por otro lado, para superar obstáculos en el acceso al aborto, las mujeres pueden usar la ley de la excepción de salud a través de los tribunales. En comparación a Colombia y Gran Bretaña, las mujeres en México usan la excepción de salud (que permite la interrupción si la continuación del embarazo daña a la salud de la mujer) con menos frecuencia. Hay varios factores que pueden estar propiciando un menor uso de la ley de excepción en México, como son la falta de claridad de la ley, de fondos públicos disponibles para abortos seguros que de acuerdo con la OMS son los abortos realizados con medicamentos —misoprostol solo o combinado con mifepristona— y por aspiración endouterina (OMS 2015), el conocimiento y las actitudes de personal médico frente al aborto inducido, la poca divulgación de información sobre la ley de excepción al público, y una historia fuerte de casos en el tribunal, ya que muchas mujeres siguen siendo procesadas y encarceladas por abortar (Küng y otros, 2018).

¿Por qué comparar a Chiapas con CDMX?

El por qué realizar un análisis sobre el conocimiento de las leyes en torno al aborto y la disponibilidad de hacerlo de manera voluntaria por parte del personal de salud en Chiapas, comparado con la CDMX, se debe a que en este momento la interrupción voluntaria del embarazo en Chiapas está permitida solo por tres causales legales; en caso de violación, si existe riesgo para la vida de la mujer y en caso de malformaciones fetales; mientras que en la CDMX está permitido hasta las 12 semanas de gestación y por solicitud de la mujer. Además, en el año 2016 se modificó la NOM-046 indicando que “en caso de embarazo por violación, las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica deberán prestar servicios de interrupción voluntaria de embarazos (...) previa solicitud por escrito bajo protesta de decir

verdad de la persona afectada de que dicho embarazo es producto de violación”, sin que medie la participación del Ministerio Público (DOF, 2016).

Asimismo, en el contexto político actual, existe la posibilidad de que la interrupción del embarazo voluntario por solicitud de la mujer hasta las 12 semanas sea despenalizada en todo el país (como en la CDMX y en Oaxaca), esperando que la iniciativa aprobada a principio de 2021 en Argentina, movilice al Estado mexicano a actuar en consecuencia dado que tiene un buen marco legislativo en la Constitución Mexicana en sus artículos 1° y 4°.

No obstante, dicha despenalización tendrá un fuerte efecto en la prestación de los servicios de salud pública en el país, por lo que es importante que el sistema de salud esté preparado para un cambio de esta magnitud ya que tendría que contar con el personal y las instalaciones para atender la demanda del servicio. Se sabe que, en otros contextos, como el de la Ciudad de México (Contreras y otros, 2011) y Brasil (Faúndes y otros, 2019), la disposición del personal médico para realizar una interrupción del embarazo varía dependiendo de las características del médico (a) y la razón para la interrupción. En caso de tener un porcentaje alto de objetores de conciencia podría ocurrir la situación de que el sistema de salud no cuente con el personal necesario para atender a la población que solicite el servicio.

El presente estudio exploró la opinión y la disposición de médicos/as generales, médicos/as familiares y ginecobstetras que laboran en servicios de salud pública en cuanto a la interrupción de embarazo, incluyendo la autogestión con medicamentos por la propia mujer como alternativa segura, contrastando datos de Chiapas con la CDMX para poder evaluar el efecto que podría tener sobre las opiniones y el conocimiento del personal médico en un estado en que el aborto es punible contra un estado en que está despenalizado desde hace 14 años.

Metodología

Se diseñó un cuestionario con 9 preguntas cerradas y 1 abierta para recabar la información a través de la encuesta denominada: “Proveedores de salud y la interrupción legal del embarazo”. Se hizo de una manera anónima, confidencial, auto-aplicada, con consentimiento informado y fue respondida de manera voluntaria vía internet, por proveedores de salud que integran los servicios de atención a la salud de las mujeres en hospitales de la Secretaría de Salud del estado de Chiapas (médicos[as] familiares, ginecobstetras y generales) y de la Jurisdicción sanitaria de Tláhuac, CDMX, del 10 de agosto al 10 de septiembre de 2019. En ambas entidades, la encuesta fue enviada únicamente a personal médico que labora en hospitales de segundo y tercer nivel,

bajo el criterio de la Secretaría de Salud de que son los posibles espacios dedicados al servicio de interrupción de embarazo.

Respondieron un total de 136 personas. Ningún cuestionario recibido merecía ser invalidado, no obstante seis personas en Chiapas y dos de la CDMX mencionaron que no estaban de acuerdo en que sus datos fueran usados en publicaciones, por tanto, esas encuestas no se usaron en el análisis, utilizando un total de 128 cuestionarios completos para el análisis, 72 de Chiapas y 56 de CDMX.

Se contó con el apoyo de la Secretaría de Igualdad de Género del estado de Chiapas y de la Dirección de la Jurisdicción Sanitaria de Tláhuac, para lograr la participación de la Secretaría de Salud. El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de Ética de El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR),¹ piloteándose el instrumento antes de su aplicación.

Los datos se capturaron en una base para SPSS, a excepción de la última pregunta que era abierta con el fin de conocer la opinión individual del personal médico sobre las mujeres que interrumpen un embarazo. Para evaluar el conocimiento de las y los participantes sobre la NOM-046 se preguntó si era necesario la denuncia previa en el caso de una interrupción por violación, considerando que las respuestas afirmativas reflejaban desconocimiento.

Se realizó una reclasificación para las preguntas que indagaban sobre el estar de acuerdo con que la interrupción del embarazo sea legal por una o más de 8 causales. Esta reclasificación se realizó con base en la categorización del último informe del Instituto Guttmacher (Singh, 2019) en donde etiquetan a los países de acuerdo a sus legislaciones sobre el aborto inducido como “menos restrictivas”, “moderadamente restrictivas” y “restrictivas”. Como autoras feministas consideramos que el no estar de acuerdo con la legalidad del aborto por ninguna razón refleja una moral y ética sumamente conservadora y por lo tanto retrograda, y decidimos renombrar las categorías de Singh y colaboradores (*op. cit.*) como “liberal”, “moderado” y “retro”, con las siguientes definiciones:

Liberal: Solicitud o voluntad de la mujer antes de las doce semanas de gestación.

Moderado: Consecuencia de una violación, Peligro de vida de la mujer, Malformación del feto, Problema de salud de la mujer, Inseminación artificial sin su consentimiento, Causas económicas.

Retro: Por ninguna causa.

¹ Para conocer más sobre el funcionamiento del Comité de Ética para la Investigación de ECOSUR puede consultar <http://www.ecosur.mx/sitios/images/stories/archivos/intranet/CEI/folletocEI2010.pdf>

De igual manera, se clasificaron las opiniones abiertas sobre qué piensan de una mujer que deciden hacerse un aborto como **liberal**, siendo opiniones que hicieron alusión a los derechos para decidir de las mujeres, **moderado**, en el caso de comentarios que condicionan la decisión de las mujeres, o **retro**, en el caso de respuestas que demostraron una falta de comprensión, y la presencia de opiniones que denotaron prejuicios socio-religiosos.

Los resultados que se presentan a continuación son descriptivos y muy generales, pero sí marcan cierta ruta para tomar decisiones en cuanto a la prestación del servicio de interrupción voluntaria del embarazo con apego a la ley en México.

Resultados

Dentro de los primeros resultados, encontramos que, desde el año 2012, en Chiapas, hay evidencias de que la Secretaría de Salud giró un oficio al personal correspondiente (fig. 2) para conocer e implementar la NOM046, pero como se verá más adelante los resultados nos muestran que hay un gran desconocimiento dentro del personal responsable, sobre la aplicación esta norma, contraviniendo con ello el mandato de esta y la disposición de los artículos 1° y 4° Constitucional.

Los datos

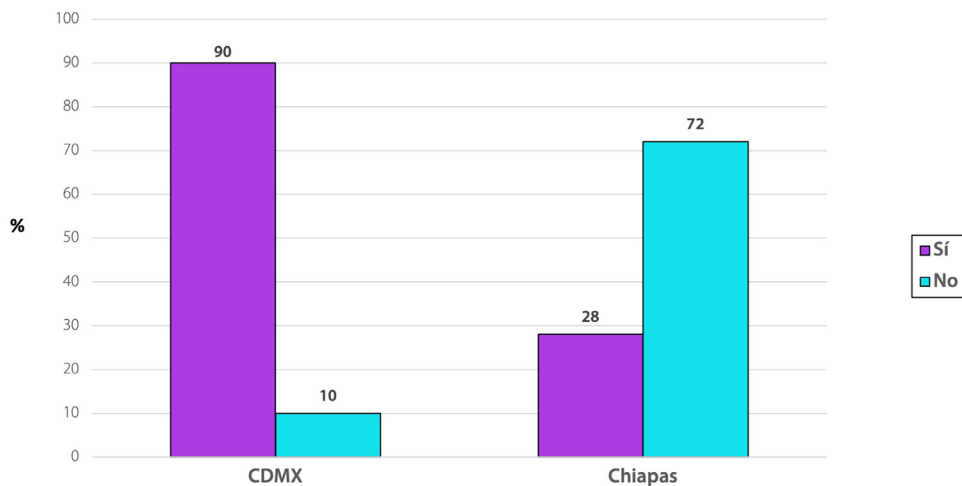
Dentro de las comparaciones preliminares que hemos realizado de nuestra base de datos, observamos que hay una diferencia marcada del conocimiento de las causas legales para realizar un aborto a solicitud de la mujer, entre el personal médico de la CDMX y de Chiapas.

En todos los gráficos el tamaño muestral es de 128 participantes (72 de Chiapas y 56 de la CDMX). Véase gráfico 1.

Así mismo, el conocimiento sobre la NOM-046 en el personal médico de Chiapas, tomando en cuenta que desde el año de 2012 se les instruyó sobre dicha ley es considerablemente bajo (gráfico 2).

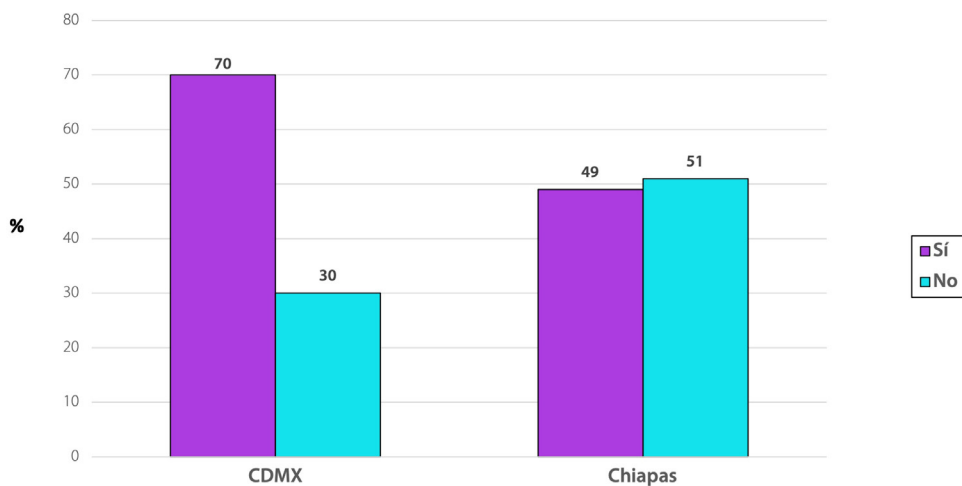
A su vez, el personal médico de Chiapas cuenta con un alto porcentaje de posibles objetores de conciencia (gráfico 3), que además no están conscientes de sus responsabilidades (solo un 42% de los objetores de conciencia dijeron que sí estarían dispuestos a referir a la paciente con otro colega que esté dispuesto a realizar la interrupción).

Gráfico 1. Conocimiento de legislación local respecto al aborto, CDMX vs. Chiapas



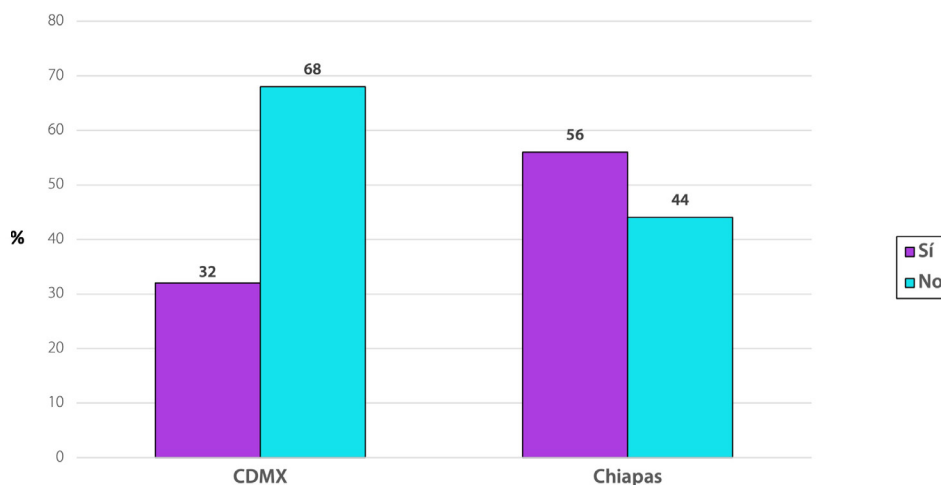
Fuente: Elaboración propia con base en resultados de encuesta

Gráfico 2. Conocimiento de la NOM-046, CDMX versus Chiapas



Fuente: Elaboración propia con base en resultados de encuesta

Gráfico 3. Objetores de conciencia, CDMX versus Chiapas



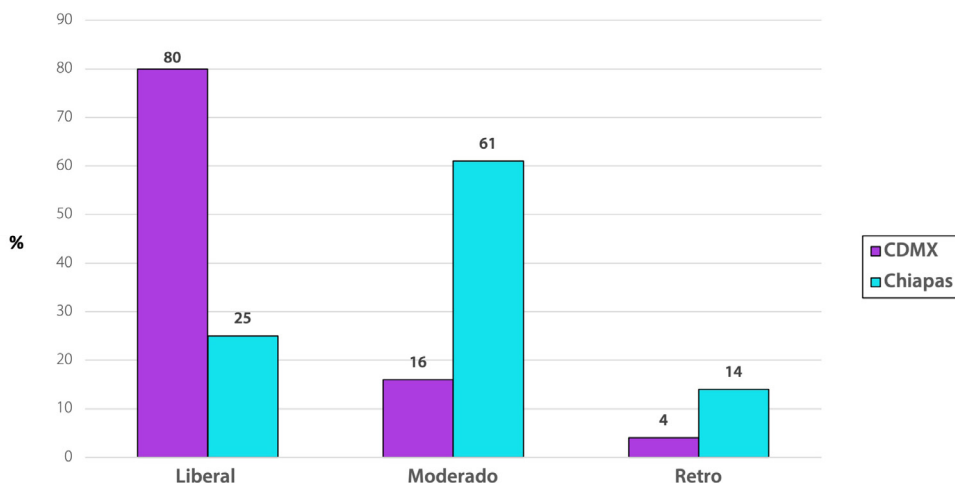
Fuente: Elaboración propia con base en resultados de encuesta

El caso de CDMX es distinto ya que, solo un tercio es objetor de conciencia y de ese tercio, el 76% de ellos menciona que sí la referirían con otro colega que esté dispuesto a hacer la interrupción.

En relación con las respuestas sobre el estar de acuerdo con la legalidad de la interrupción por una o más causales, los resultados son un tanto desalentadores para Chiapas como se pueden apreciar en el gráfico 4, a diferencia de la CDMX donde su alto porcentaje de opiniones liberales dejan de manifiesto tanto el impacto positivo de la despenalización del aborto en espacios de salud pública, responsables de proveer el servicio de manera segura, como el contexto cultural más liberal de la capital (Díaz Olavarrieta y otros, 2019).

También en las respuestas a la interrogante de si en caso de que recibieran la capacitación adecuada estarían en la disposición de hacer un aborto quirúrgico por voluntad de la mujer, se puede apreciar el efecto de la despenalización en CDMX, donde el 66.1% dijo que sí, comparado con Chiapas, donde solo el 20.7% estaría dispuesto. No encontramos mayor disposición para otorgar el servicio del aborto con medicamentos (CDMX 67.9%, Chiapas 21.8%) comparado con la voluntad para realizar un aborto quirúrgico, como han sugerido otros autores (García-Nuñez y otros, 2013; Faúndes y otros, 2019).

Gráfico 4. Opiniones sobre la legalidad del aborto por una o más causales, CDMX versus Chiapas



Fuente: Elaboración propia con base en resultados de encuesta

Por lo tanto, el efecto de la despenalización del aborto en cuanto a opinión y disposición del personal médico encargado de realizarlo en los servicios públicos de salud, comparando a CDMX con Chiapas es muy evidente, y abona elementos desde la evidencia científica de la urgencia de despenalizar el aborto en todo el país.

Dentro de las últimas preguntas incluidas en la batería de la encuesta, estuvo la consulta sobre la opinión de las y los médicos en cuanto al uso de medicamentos seguros por parte de las propias mujeres para interrumpir un embarazo. Esto de cara al nuevo perfil de interrupciones que en todo el mundo se está dando gracias al uso de misoprostol solo o combinado con mifepristona (OMS, 2014), y donde México no es la excepción, puesto que se calcula que ya en el 2009 representó el 29% de las interrupciones voluntarias, y que su uso ha ido en aumento desde entonces (Juárez y otros, 2019) a pesar de que aún no se han realizado suficientes estudios sobre el impacto que el aborto autogestionado con medicamento está teniendo en nuestro país.

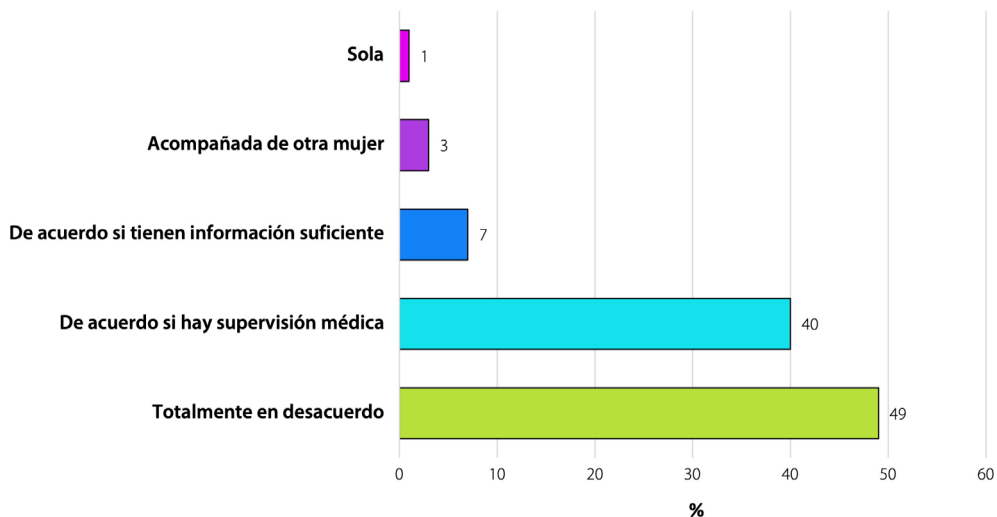
Por las respuestas generales que dieron (ambas regiones), es evidente que esta opción de autogestión de medicamentos para abortar está fuertemente rechazada, posiblemente por la falta de conocimiento de lo ya científicamente documentado sobre esta práctica. El personal médico tiene poca confianza en la capacidad de autogestión de un aborto con medicamentos por las propias mujeres, especialmente en Chiapas. Este hallazgo contrasta con un estudio reciente en los Estados Unidos

entre proveedores médicos que encontró que más de la mitad consideraba la autogestión del aborto con medicamentos (sin involucramiento de personal sanitario) como segura (Kerestes y otros, 2019). Es evidente el desconocimiento entre quienes participaron en la presente investigación sobre el uso y toda la movilización social y política respecto al aborto autogestionado, que tiene un auge creciente, tanto en regiones penalizadas como en despenalizadas, y al cual se le está atribuyendo incluso una disminución de muertes maternas en regiones pobres (Singh, 2018).

En México comienzan a surgir estudios al respecto, donde tanto parteras tradicionales, como mujeres activistas están acompañando de manera segura y responsable abortos con medicamentos (Sánchez-Ramírez y Benítez, 2020; Veldhuis, 2020; Benítez, 2019, entre otras).

Esto representa una gran contradicción en ambas regiones, pero, sobre todo es preocupante para el caso de Chiapas, donde, según el presente estudio, por un lado, es elevado el número de objetores de conciencia (y que además no referirían a la mujer a otro colega), pero por el otro rechazan también la idea de que las mujeres autogestionen sus abortos (gráfico 5).

Gráfico 5. Opiniones sobre que las mujeres utilicen medicamentos para interrumpir el embarazo, ambas regiones de estudio (n=100)



Fuente: Elaboración propia con base en resultados de encuesta

Por último, las opiniones abiertas sobre qué piensan de una mujer que determina practicarse un aborto, obedecen al conflicto que aún persiste en el mundo entero sobre las decisiones de las mujeres y sus cuerpos y donde es la estigmatización el principal detonante para que las mujeres no acudan a prácticas seguras cuando necesitan un aborto por la causa que sea. No obstante, encontramos opiniones diversas al respecto:

Liberales:

“Aunque para mucha gente el aborto continúa siendo una práctica inaceptable, es un hecho que el que una pueda interrumpir el embarazo por el simple hecho de así decirlo, es una clara expresión de la libertad que todas las mujeres deben gozar.”

Moderadas, al hacer alusiones así:

“Es decisión propia, es su cuerpo, sin embargo, realizar los procedimientos con personas capacitadas, siempre y cuando entre en las consideraciones [las causales legales] anteriores.”

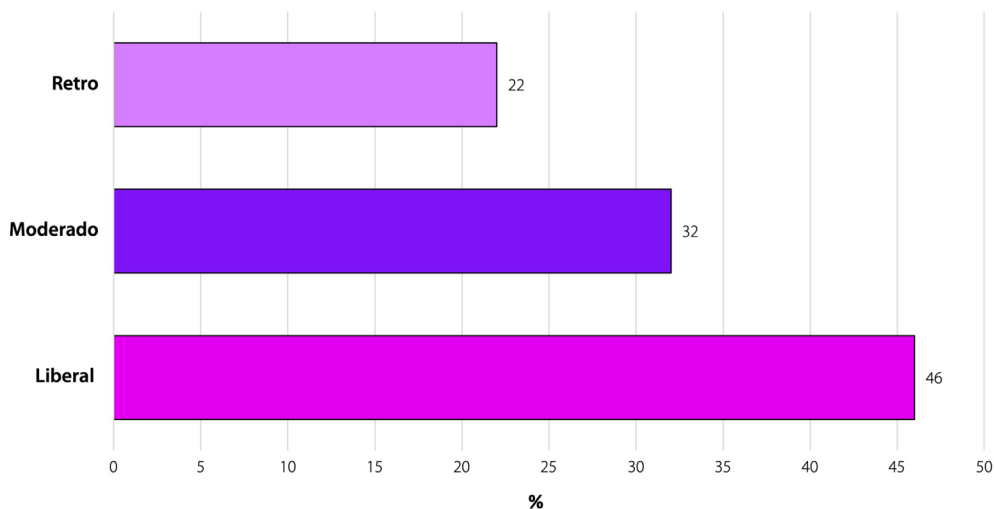
Y por último frases consideradas **Retro**, al surgir de personas que han estudiado humanidades, y que aún siendo servidores públicos de un Estado laico opinan de la siguiente manera:

“Que está atentando contra sí misma. Está atentando a su vida, está atentando contra la humanidad... somos la Corona de la creación. Así dice la Biblia.”

“Es inhumana, sin valores ni principios.”

Afortunadamente —y como se puede apreciar en el gráfico 6, donde se tomaron en cuenta igualmente todas las respuestas sin separar por región—, la mayoría se ubican entre lo liberal y lo moderado. No obstante las respuestas dadas a la pregunta que resumen la subjetividad, la empatía o prejuicios de quienes respondieron a la encuesta, ponen en relieve el gran trabajo que aún queda por hacer desde el enfoque de género salud y derechos humanos; de lo contrario el discurso sobre mejorar los indicadores de morbi-mortalidad materna tendrán un pobre impacto si no se toman las medidas adecuadas y de manera apremiante sobre la interrupción de embarazos en condiciones seguras para las mujeres en edad fértil de todas las regiones y por cualesquiera de las causas que así lo demanden.

Gráfico 6. Opinión sobre qué piensan de una mujer que decide abortar ambas regiones de estudio (n=106)



Fuente: Elaboración propia con base en resultados de encuesta

La concienciación, sensibilización, empatía, y confiabilidad respecto a las mujeres y su capacidad de autonomía, por parte del personal de salud, son igual de importantes que la existencia de una Norma, la despenalización y el adecuado entrenamiento y capacitación del personal de salud pública para realizar abortos seguros.

Reflexiones finales

Los datos muestran una clara diferencia entre los servicios de salud en un estado donde el aborto está despenalizado y otro en el que no, aunque no podemos determinar que es la única causa (ya que sabemos de sobra que los contextos sociales y geopolíticos influyen en los servicios). De acuerdo con nuestros resultados, para mejorar el acceso a un aborto legal en Chiapas, será indispensable para el sector salud, trabajar en el conocimiento de leyes en la materia, así como sensibilizar al personal en materia de género y salud desde el enfoque de derechos humanos para disminuir la objeción de conciencia, opiniones estigmatizantes y lograr así una mayor apertura a lo que significa la autonomía de las mujeres y su cuerpo.

Además, consideramos importante ampliar la información que maneja el personal de salud respecto a las opciones del aborto autogestionado a nivel mundial, nacional y local, no para reestigmatizar sino para considerar el por qué las mujeres están prefiriendo otras opciones antes de solicitarlo al Sector Salud, y si sería como en el caso de atención del parto de bajo riesgo en casa, una posibilidad de aliarse para bajar la presión en los servicios sin dejar de atender de manera solidaria cuando algo se complique.

El avance en el otorgamiento de servicios con prontitud, eficiencia y eficacia con el añadido de una perspectiva de género, redundará en un impacto positivo en los indicadores de salud en edades reproductivas, pero también en una disminución de embarazo no deseados, la erradicación de la revictimización de niñas-embarazadas (que en el estado de Chiapas es un problema grave) y la posibilidad de un diálogo más horizontal para incentivar el uso profiláctico de métodos anticonceptivos como el condón masculino, lo cual también incluirá la corresponsabilidad de quienes participan directamente en el incremento de embarazos forzados o no deseados: los varones.

Coincidimos con las recomendaciones que Lina Berrio y un equipo de expertas sugieren respecto a la implementación adecuada de la NOM-046 en regiones como Chiapas (Berrio y otros, 2018: 119) en cuanto a que es indispensable encontrar mecanismos para que el sector público dedicado a la salud sexual y reproductiva conozca ampliamente esta norma, así como las causales permitidas para la interrupción de un embarazo dentro de la misma, agregando que es fundamental que se realice desde un enfoque de Género, Salud y Derechos humanos, para poder trabajar los tabúes, prejuicios, visiones sexistas y reducidas sobre la sexualidad, la reproducción y la libertad de las mujeres.

Caso particular es la atención que deberá prestarse a la objeción de conciencia, tanto la que ya hay como la que se puede incrementar ante una virtual despenalización; no deberá de traducirse en un pretexto u obstrucción del ejercicio de un derecho humano de las mujeres, ni en Chiapas ni en otra parte del país. Reiterando lo que ya hemos mencionado sobre la especial protección que merecen y merecerán los y las profesionales médicos que sí cumplan con su trabajo en cuanto a interrupciones legales del embarazo.

Además, los resultados de este estudio descriptivo invitan a realizar investigaciones con una representación mucho más significativa para poder analizar cómo está la situación a nivel nacional. En la medida en que se despenalice de manera universal el aborto a la par de información sensible, empática, veraz, actualizada y humanizadora, se estarán propiciando mejores condiciones de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y al desempeño profesional con calidad del personal de salud involucrado.

Limitaciones

Debido a que la encuesta fue enviada desde el enlace con los servicios de salud, desconocemos el número total de las personas convocadas, conociendo solamente a las personas que respondieron la encuesta. En el caso de Chiapas, la distribución de las personas participantes no fue homogénea, ya que la mayoría provenía de San Cristóbal de Las Casas y Tuxtla Gutiérrez. Otra limitante fue la participación única de personal de hospitales de segundo y tercer nivel, a pesar de que la evidencia científica indica que el servicio del aborto puede ser prestado en unidades médicas de primer nivel, como es el caso en la Ciudad de México. La encuesta fue dirigida a ginecobstetras, médicos/as generales y médicos/as familiares, ya que son los únicos proveedores permitidos de practicar la interrupción de embarazo en México (Silva 2009), aunque existe amplia evidencia para su realización por otros tipos de proveedores (OMS, 2015). Estos factores condujeron a que el tamaño de la muestra fuera reducido, impidiéndonos el cruce de información, y que fue más bajo del esperado, a pesar de que hubo un compromiso institucional por invitar al personal de salud correspondiente a responder la encuesta. Esto nos señala por un lado el poco interés de participación por red (el cuestionario no les llevaba más de 10 min. y se podía responder desde el teléfono celular), y por el otro que es un tema que aún no se toma con la profundidad que los tiempos exigen. No obstante, es una fotografía que permite conocer algunas dimensiones de la situación de personal de salud frente a la problemática del aborto por solicitud.

Agradecimientos

A la Secretaría de Igualdad del Gobierno del Estado de Chiapas, bajo la dirección de la secretaria C. P. María Mandiola, por el auspicio de esta investigación, y al Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Dr. José Manuel Cruz Castellanos, por las facilidades otorgadas para poder aplicar los cuestionarios con el personal de salud en Chiapas.

A Tara Patel de la Universidad de Massachussets por el diseño del instrumento y la captura de información, y a la Jurisdicción Sanitaria de Tláhuac de la CDMX, en especial a la Dra. Alied Bencomo.

Bibliografía

- Benítez, Geicel, 2019, *Parteras tradicionales e interrupción del embarazo con medicamentos en dos regiones de Chiapas. Una contribución a la salud de las mujeres*, Tesis de Maestría, IEI/UNACH. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.
- Berrio, Lina, Bonfil, Paloma, Sesia, Paola Ma., Díaz Echeverría, Daniela, 2018, “La regulación sobre los derechos sexuales y reproductivos en la legislación mexicana y para conocer el grado de cumplimiento de la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca” Disponible en: <https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Publicaciones/Estudio-sobre-NOM-046-2005.pdf> [consultado 24 de junio de 2020].
- Bearak, Jonathan, Popinchalk, Anna, Ganatra, Bela, Moller, Ann-Beth, Tuncalp, Özge, Beavin, Cynthia, Kwok, Lorraine, Alkema, Leontine, 2020, “Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019”, en *The Lancet Global Health*, Vol. 8, núm. 9, pp. E1152-E1161.
- Contreras, Xipatl, van Dijk, Marieke G., Sánchez, Tahilin, Sanhueza, Patricio, 2011, “Experiences and Opinions of Health-Care Professionals Regarding Legal Abortion in Mexico City: A Qualitative Study”, en *Stud Fam Plann*, Vol. 42, núm 3, pp. 183-190.
- Díaz-Olavarrieta, Claudia, Cravioto, Vanessa M., Villalobos, Aremis, Deeb-Sossa, Natalia, García, Laura, García, Sandra G, 2012, “El programa de interrupción legal del embarazo en la ciudad de México: Experiencias del personal de salud”, en *Rev Panam Salud Publica*, Vol 32, núm 6, pp. 399-404.
- Díaz-Olavarrieta, Claudia, Bonifaz Alfonso, Leticia, Sanhueza-Smith, Patricio, Fajardo Dolci, Germán E., Guevara-Guzmán, Rosalinda, Aburto-Arciniega, Mónica Beatriz, Philips, Vivian J., Arce Cedeño, Angélica, Villa, Antonio R., 2020, “Twelve years after abortion decriminalization in Mexico City: Can we still remain an island of liberties?”, en *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, Vol 62, pp. 63-78.
- [DOF] Diario Oficial de la Federación, 2016, *Modificación Norma Oficial Mexicana NOMo46-SSA2-2005*, <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/267958/ModpuntosNO Mo46.pdf>, [consultado 24 de junio de 2020].
- Erdman, Joanna N., Cook, Rebecca J, 2020, “Decriminalization of abortion – A human rights imperative”, en *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 62, pp. 11-24.
- Fathalla, Mahmoud F, 2020, “Safe abortion, the public health rationale”, en *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, Vol 63, pp. 2-12.
- Faúndes, Anibal, Miranda, Laura, Ferreira Bento, Silvana, de Padua, Karla Simona, 2019, “Difference between being in favor of permitting abortion after rape and willingness to

- provide such services, according to physician's characteristics", en *Annals of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 2, núm 1, p. 1007.
- Ganatra, Bela, Gerds, Caitlin, Rossier, Clémentine, Johnson, Brooke Ronald J, Tuncalp, Özge, Assifi, Anisa, Sedgh, Gilda, Singh, Susheela, Bankole, Akinrinola, Popinchalk, Anna, Bearak, Jonathan, Kang, Zhenning, Alkema, Leontine, 2017, "Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model", en *The Lancet*, Vol. 390, núm. 10110, pp. 2372-2381.
- García-Nuñez, Nubia Naneri, Atienzo, Erika Elizabeth, Dayananda, Ila, Walker, Dilys, 2013, "Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales medicos en relación al aborto en México", en *Salud Colectiva*, Vol 9., núm. 2, pp. 235-246.
- GIRE, 2017, *Violencia sin interrupción*, GIRE, México. Disponible en: <https://aborto-por-violacion.gire.org.mx> [consultado 14 de julio de 2020].
- González, Cristina, 2018, "Objeción de conciencia, bioética y derechos humanos: una perspectiva desde Colombia", en *Rev de Bioética y Derecho*, núm 42. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872018000100008 [consultado el 10 de diciembre de 2020].
- Ipas México, 2020, *Causales de aborto legal*, Disponible en: <https://blog.ipasmexico.org/causales-de-aborto-legal/> [consultado 14 de julio de 2020].
- Juárez, Fátima, Bankole Akinrinola, Palma, José Luis, 2019, "Women's abortion seeking behavior under restrictive abortion laws in Mexico", en *PLoS ONE*, Vol. 14, núm 12, p. e0226522.
- Juárez, Fátima, Singh, Susheela, Maddow-Zimet, Isaac, Wulf, Deirdre, 2013, *Embarazo no planeado y aborto inducido en México: Causas y consecuencias*, Nueva York: Guttmacher Institute.
- Kerestes, Courtney, Stockdale, Colleen K, Zimmerman, Bridget M, Hardy-Fairbanks, Abbey J, 2019, "Abortion providers' experiences and views on self-managed medication abortion: an exploratory study", en *Contraception*, Vol 100, núm 2, pp. 160-164.
- Küng, Stephanie A., Darney, Blair G., Saavedra-Avendaño, Biani, Lohr, Patricia A., Gil, Laura, 2018, "Access to abortion under the health exception: A comparative analysis in three countries", en *Reproductive Health*, Vol 15, núm 1, p. 107.
- NOM 046, 2019, Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, (<https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf>), [consultado 10 de septiembre de 2019].
- Organización Mundial de Salud, 2014, *Manual de práctica clínica para un Aborto seguro*, OMS, Ginebra.
- Organización Mundial de Salud, 2015, *Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto*, OMS, Ginebra.

- Silva, Martha, Billings, Deborah L., García, Sandra G., Lara, Diana, 2009, "Physicians' agreement with and willingness to provide abortion services in the case of pregnancy from rape in Mexico", en *Contraception*, Vol 79, núm 1, pp. 56-64.
- Sánchez-Ramírez, Georgina, Benítez, Geicel, 2020, "Dejar Pasar: The Safe Interruption of Pregnancy by Traditional, Indigenous Midwives in Southern Mexico", en Hanna Laako -Georgina Sánchez-Ramírez (eds), *Midwives in Mexic*, Taylor & Francis Group, Reino Unido.
- Singer, Elysa O, 2017, "From reproductive rights to responsabilization: Fashioning liberal subjects in Mexico City's new public sector abortion program", en *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 31, núm. 4, pp. 445-463.
- Sorhaindo, Annik M., Juárez-Ramírez, Clara, Díaz Olavarrieta, Claudia, Aldaz, Evelyn, Mejía Piñeros, María Consuelo, García, Sandra, 2014, "Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico", en *Women & Health*, Vol. 54, núm. 7, pp. 622-640.
- Singh, Susheela, Remez, Lisa, Sedgh, Gilda, Kwok, Lorraine, Onda, Tsuyoshi, 2018, *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, Guttmacher Institute, Nueva York. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017#> [consultado 8 de marzo de 2019].
- Veldhuis, Suzanne, 2020, *El aborto con medicamentos acompañado por mujeres en México – una opción autónoma y segura*, Tesis de Maestría, El Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. México.

3. De barreras a eslabones: intervenciones para la disminución de barreras para el acceso al aborto seguro con medicamentos en México

IPAS CAM¹

Resumen

Frente a la decisión de interrumpir un embarazo a través del uso de medicamentos, existen dos eslabones de gran importancia en el itinerario de aborto: el acceso a los medicamentos en farmacias o en otros puntos de venta, y el conocimiento sobre los protocolos de uso adecuado y seguro para realizar la interrupción. Este capítulo aborda ambos procesos y muestra las estrategias y resultados de las intervenciones realizadas por Ipas México entre marzo de 2018 y septiembre de 2020, que se centraron en las y los vendedores y profesionales de la salud que laboran en farmacias independientes de la Ciudad de México y municipios del estado de Oaxaca, Hidalgo, Guerrero, Jalisco y Estado de México. Utilizando como herramienta una encuesta digital inductiva y animada, estas intervenciones identificaron y ampliaron

¹ Este capítulo fue creado bajo la coordinación de María Elena Collado Miranda.

el tipo y calidad de información sobre el uso de los medicamentos para el aborto seguro, con el propósito de impactar positivamente en la calidad de la atención y los conocimientos que tienen y que brindan los/as médicos/as y vendedores/as de farmacia privilegiando el derecho a la información y la salud de las mujeres. Los resultados mostraron la importancia de reforzar los conocimientos e impulsar la difusión de los protocolos de uso seguro de misoprostol y cómo al ampliar los canales de transmisión de esta información se reducen las barreras para la adquisición de medicamentos en las farmacias, así como los riesgos de morbi-mortalidad en el proceso de interrupción del embarazo.

Palabras clave: personal de farmacias, acceso al misoprostol, autogestión del aborto.

Introducción

MÉXICO AÚN ESTÁ LEJOS DE GARANTIZAR A LAS MUJERES LA JUSTICIA REPRODUCTIVA en todo el país. Hasta 2020, solo dos entidades federativas —la Ciudad de México y Oaxaca—, han despenalizado la interrupción voluntaria del embarazo hasta las doce semanas de gestación; sin embargo, en el resto del país, aun cuando existen causales específicas en cada estado, las mujeres que enfrentan por diversas razones un embarazo no planeado suelen recurrir a abortos clandestinos y muchas veces inseguros, donde no siempre se consigue el respeto a sus derechos humanos y la protección de su salud en el proceso, considerando que éstos se realizan en contextos restrictivos. A la par de la exigencia de garantías legales que permitan la interrupción del embarazo en condiciones seguras en todo el país, se han generado diversas iniciativas desde asociaciones, organizaciones, colectivas y entre pares, donde se circula la información necesaria y adecuada para llevar a cabo un aborto de manera autónoma, a través del uso de medicamentos, fuera de contextos clínicos y, en algunos casos en compañía, ya sea de manera presencial o remota. Estos ejercicios realizados tanto en contextos donde el aborto voluntario no está legalmente permitido como en aquellos donde está despenalizado, buscan reducir los riesgos de muerte materna y las afectaciones a la salud de quienes enfrentan un embarazo no planeado; además de brindar toda las herramientas y protocolos para transitar por la interrupción de manera informada.

En estos casos, estudios como el realizado por Ramos y otras (2016) y Cedeño y otras (2019) remarcan la importancia que tiene el acceso a la información clara y pre-

cisa para llevar a cabo una interrupción y elegir el método más adecuado al contexto y posibilidades (sociales, económicas, legales) de cada mujer. Tanto en contextos restrictivos como en el marco de la legalidad, al recurrir a la autogestión del aborto, sobre todo en el caso de la interrupción a través del uso de medicamentos, muchas mujeres comienzan su itinerario de aborto² (Daniz y Medeiros, 2012) consultando las redes sociodigitales, la web, o acercándose a espacios seguros y habilitados para obtener la información que requieren sobre las dosis, los efectos, la efectividad y las alertas del uso de medicamentos. En esta cadena de relaciones y vivencias que se articulan en dicho itinerario, hay dos eslabones que con frecuencia representan barreras para el acceso a la interrupción de un embarazo de manera segura, autónoma, y fuera de los contextos hospitalarios; nos referimos a la información con la que cuenta el personal médico y de ventas en las farmacias, así como la adquisición del medicamento en estos establecimientos.

En México, el misoprostol es un medicamento que se encuentra disponible en las farmacias tanto de cadena como independientes más allá de los marcos legales locales sobre el aborto. Su venta está permitida debido a que uno de sus usos es el tratamiento de úlceras gástricas, aunque se conoce su eficacia y seguridad para uso obstétrico, y desde hace más de treinta años se utiliza como un método seguro para la interrupción del embarazo.

Aunque es un medicamento de venta libre —es decir, que no requiere de registro de receta médica para ser adquirido, como el caso de los antibióticos— el acceso al misoprostol para la interrupción del embarazo depende de distintos factores: por el lado de las usuarias tenemos que muchas de ellas desconocen que hay medicamentos para la autogestión del aborto fuera de contextos clínicos; que no saben los nombres de estos medicamentos, su uso seguro —dosis, vías de administración— y su efectividad, así como dónde y cómo conseguirlos —si se requiere o no receta para comprarlos—; e intervienen otros elementos como si se cuenta o no con los recursos económicos para adquirirlos o si los medicamentos se encuentran disponibles en cualquier farmacia; entre otros.

En segundo lugar, las y los vendedores en las farmacias pueden no saber de la existencia de medicamentos seguros para interrumpir un embarazo, y si los conocen, pueden contar con información errónea o interponer sus creencias personales —morales, religiosas— para condicionar o negar la venta de medicamentos para la gestión y autogestión del aborto.

² Entendiendo a éste como el tránsito experimentado para llevar a cabo un aborto de manera exitosa y segura.

Finalmente, las y los médicos también tienen un papel relevante en el acceso a la información y a los medicamentos, ya que pueden no conocer los protocolos de uso reconocidos como formas seguras para la interrupción del embarazo y tener información parcial o errónea; pueden negarse a brindar información sobre los medicamentos o a emitir una receta por miedo a los riesgos que puede significar para las mujeres; o argumentar desacuerdo frente al aborto y negar así información a usuarias que soliciten referencias o medicamentos para realizarlo de manera segura.

Por otro lado, es frecuente que, como anexo a las farmacias y como parte de los servicios integrales que éstas ofrecen, existan consultorios donde se brinda asesoría y atención médica de manera gratuita, por pago voluntario, o por una cuota que suele ser accesible al público en general, donde el bajo costo de este servicio se ve compensado con la ganancia que implica que las y los pacientes adquieran los medicamentos recetados en la propia farmacia. En estos casos, las y los médicos que ejercen su profesión en estos espacios, potencialmente sirven también de referentes para la obtención de información acerca de las opciones y procedimientos para llevar a cabo una interrupción del embarazo de manera segura y autónoma.

Tomando en cuenta que el acceso al misoprostol —y otros fármacos para la autogestión del aborto— es fundamental en el itinerario de aborto cuando se ha optado por una interrupción con medicamentos, y que la información que posea y que brinde el personal médico sobre su uso es capaz de ayudar a reducir la incidencia de abortos inseguros; Ipas México implementó una serie de intervenciones con vendedoras/es y médicas/os que proveen sus servicios en farmacias independientes en la Ciudad de México y municipios del estado de Oaxaca, Hidalgo, Guerrero, Jalisco y Estado de México.

El propósito de estas intervenciones se centró en aumentar y mejorar la información disponible, el conocimiento y las actitudes de los trabajadores farmacéuticos y profesionales de la salud sobre el misoprostol como un método seguro para interrumpir un embarazo y así impulsar la disminución de las barreras de acceso al medicamento en las farmacias. Este capítulo articula las diversas intervenciones realizadas por Ipas en México entre marzo de 2018 y septiembre de 2020, mostrando así algunos de los hallazgos y resultados más representativos en las poblaciones objetivo.

Antecedentes de intervenciones con personal de farmacia en México y América Latina

Las intervenciones centradas en el personal que labora en las farmacias en México³ tiene como antecedente un estudio realizado por Ipas México en 2015 (Weaver y otras, 2019), el cual exploró el conocimiento de las/los vendedores de farmacias tanto independientes como de cadena, y las prácticas de venta relacionadas con el misoprostol en la Ciudad de México, donde el aborto es legal desde el primer trimestre de 2007. Este estudio, que abarcó 174 farmacias elegidas de manera aleatoria en las distintas delegaciones —hoy alcaldías— que conforman la Ciudad de México, reveló que poco más del 60% del total de la muestra tenían a disposición del público la venta de misoprostol, siendo éstas en su mayoría las farmacias de cadena.

La aproximación a las y los vendedores fue a través de un cuestionario sobre las prácticas asociadas con la venta de misoprostol, incluyendo la solicitud de receta médica, la frecuencia estimada de solicitud del medicamento por mes, y el conocimiento sobre las indicaciones de uso. Aun cuando los resultados de este estudio no son estadísticamente significativos, sino exploratorios, es posible mencionar algunas tendencias: aproximadamente el 80% de las y los vendedores en farmacias conocen el estatus legal del aborto en la Ciudad de México; entre el 38% y el 48% reportan haber solicitado receta médica para la venta de misoprostol, y haber respondido entre cero y dos solicitudes de venta del medicamento al mes.

Esta exploración mostró que las mujeres pueden tener un acceso variable o condicionado al misoprostol dependiendo de la información con la que cuente el personal de ventas y su disposición, voluntad y postura personal, así como la disponibilidad del medicamento en la farmacia. Además, uno de los hallazgos más relevantes es que las intervenciones con el personal de las farmacias mejoran la calidad y cantidad de información que las mujeres pueden recibir cuando solicitan misoprostol.

Este tipo de estudios se ha realizado también en otros países obteniendo resultados valiosos que refuerzan la necesidad de fortalecer la información del personal de farmacia. Ejemplo de ello es la investigación realizada por Moore y otras (2020) en Colombia. Este estudio cuantitativo utilizó la estrategia de clientas incógnitas

³ Este tipo de abordajes se ha llevado a cabo también en otros países. Ejemplo de ello son las exploraciones realizadas por Cabezas y Luya (2020) en Perú; Lara y otras (2006) sobre la provisión de medicamentos en América Latina; así como Footman y otras (2018) quienes realizan un estudio transversal de la disposición de medicamentos para el aborto por parte de vendedores y farmacias en países de ingresos medios y bajos.

para el abordaje de farmacias independientes con el propósito de identificar cómo las mujeres colombianas adquieren y usan los medicamentos para interrumpir un embarazo. Con base en 558 interacciones entre vendedores de medicamentos y mujeres que se hacían pasar por clientas que buscaban misoprostol sin receta médica, este trabajo coincide no solo en la impronta de ampliar la difusión de información sobre las causales para acceder a un aborto legal en Colombia, sino en la posibilidad de mejorar la experiencia de las mujeres con el uso de misoprostol al contar con canales que provean de la información necesaria para su uso de manera adecuada, sus efectos, y la identificación de posibles complicaciones.

Por el lado cualitativo, estudios como el realizado por Lafaurie y otras (2005) consideraron las construcciones y valoraciones de las mujeres sobre su experiencia de interrupción del embarazo con medicamentos en México, Colombia, Ecuador y Perú. A través de 49 entrevistas a profundidad con mujeres que experimentaron un aborto con medicamentos se mostró cómo las características sociodemográficas y los contextos culturales en los cuales se desenvuelve cada una influyen en sus decisiones, en el acceso a información sobre cómo llevar a cabo un aborto de manera segura según sus propias circunstancias, y los factores que ellas consideran más relevantes para tomar la decisión sobre qué método de interrupción es el idóneo. Este estudio reveló la importancia de una mirada integral sobre los actores y factores sociales que se articulan alrededor del aborto con medicamentos y sus efectos en la experiencia al transitar por el itinerario de aborto.

Independientemente de su estatus legal, se seguirá buscando el acceso al aborto a través de medicamentos comprados en farmacias; por lo tanto, facilitar el acceso al misoprostol acerca a las usuarias a utilizar un medicamento seguro para interrumpir un embarazo y las aleja de procedimientos que pongan en peligro su vida y su salud.

Estudios como los aquí referidos demuestran cómo las intervenciones educativas dirigidas a las y los vendedores de farmacia resultan un medio eficaz que mejora las actitudes e información con la que éstos cuentan, y que son estrategias efectivas para disminuir las barreras de acceso a los medicamentos para llevar a cabo un procedimiento de interrupción de manera segura y fuera de contextos clínicos (Weaver y otras, 2019; Fetters y otras, 2014; Tamang y otras 2014). Sin embargo ¿qué ocurre en los estados donde el aborto voluntario es aún punible? ¿Cuáles son las posibilidades de acceso al misoprostol desde las farmacias ubicadas en estas localidades?

Articulaciones metodológicas sobre las intervenciones en farmacias

La intervención, de manera general, fue diseñada como una encuesta digital inductiva y animada que utilizó como principal herramienta un cuestionario programado en una tableta electrónica. Este cuestionario se dirigió hacia el personal de farmacias independientes; es decir, a las y los vendedores, así como las y los médicos que proveen sus servicios en dichas farmacias. La intervención, que tenía una duración aproximada de 10 minutos, fue llevada a cabo por encuestadores capacitados por Ipas México.⁴ La encuesta inductiva constó de 6 preguntas con sus respectivas respuestas explicativas —desplegadas independientemente de la respuesta obtenida—. Estas preguntas contaron con la estructura “¿Sabías que...?” y la respuesta/explicación se presentaba de manera breve y con un lenguaje claro. Las preguntas giraron en torno a la descripción y conocimiento sobre el misoprostol; si se conocía su mecanismo de acción; si sabían sobre las recomendaciones en cuanto a su uso y lo relacionado con las semanas de gestación; se sondeó sobre la posibilidad de proveer el medicamento sin requerir una receta médica; se exploró si el medicamento les había sido requerido; y si estarían dispuestos/as a compartir la información adquirida sobre el medicamento. A modo de evaluación lúdica y como ejercicio de reforzamiento, se invitó al personal encuestado a participar en una breve prueba.

Las y los encuestadores, además de aplicar el cuestionario, tenían la instrucción de ofrecer material de reforzamiento para el uso del personal de las farmacias y de las mujeres en momentos posteriores a la intervención. Estos materiales, que se brindaban si la persona decidía aceptarlos, consistían en un folleto que contiene la información sobre qué es el misoprostol, cómo funciona cuando es usado para la interrupción de un embarazo, qué causa, los nombres comerciales y páginas web de consulta. En el caso de las y los médicos, se compartía un breve video⁵ donde se explica el protocolo del uso correcto del misoprostol con el fin de circularlo con las usuarias y/o futuras pacientes o con quienes requirieran o solicitaran información al respecto.

El uso de este material multimedia se diseñó para responder a la necesidad de dar información al personal de farmacias, quienes tienen pocas posibilidades de recibirla fuera de su espacio laboral dada su carga de trabajo. Por ello consideramos

⁴ Tanto el levantamiento como la sistematización de los datos fue realizada por personal capacitado de la empresa de Sistemas de Inteligencia en Mercados y Opinión (SIMO).

⁵ Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=N7JhBo9Xoll>

Imagen 1 y 2. Folleto ¿Sabes qué es el misoprostol?

Nombres comerciales

Recuerda que el misoprostol está disponible en la mayoría de las farmacias **sin necesidad de receta médica** y lleva el nombre comercial de

- Cytotec
- Cyrux
- Misoprostol GI
- Taneciprol

¿Sabes qué es el misoprostol?

Para más información, puedes consultar:

- www.notebaja.org/
- www.womenonwaves.org/
- www.fondomaria.org/
- www.plannedparenthood.org/es
- <https://safe2choose.org/es>

¿Qué es el misoprostol?

Es un medicamento **seguro**

Que ha permitido que las mujeres **interrumpan embarazos no planeados y/o no deseados**

sin que pongan en riesgo su vida y su salud, con procedimientos **inseguros**

¿Cómo funciona?

El misoprostol se puede usar, con absoluta seguridad, **hasta las 10 semanas de gestación sin supervisión médica**

Cuando el embarazo **tiene entre 11 y 12 semanas de gestación**, es necesario contar con el acompañamiento de un profesional de la salud

¿Qué causa el misoprostol?

contracciones en el útero

provoca que se dilate el cuello uterino

AL MISMO TIEMPO

Ambas acciones ayudan a **interrumpir el embarazo**

Fuente: Elaborado por Ipas México

que una aproximación de este tipo tenía la ventaja de ajustarse a las condiciones y formas de recibir dicha información por parte de las y los usuarios. Así, las intervenciones en farmacias se llevaron a cabo en distintos períodos entre marzo de 2018 y septiembre de 2020.

Si bien la asignación de las farmacias para aplicar los cuestionarios y realizar las intervenciones fue aleatoria, se realizó una selección previa que permitía definir una muestra estimada de la cantidad y tipo de farmacias elegibles. Para ello se partió de

Tabla 1. Intervenciones con vendedores/as y médicos/as en farmacias independientes.

LUGAR DE INTERVENCIÓN	PRIMERA INTERVENCIÓN	SEGUIMIENTO	POBLACIÓN OBJETIVO	ENCUESTAS EFECTIVAS
Ciudad de México	Marzo-abril 2018	Mayo y julio 2018	Médicos/as	15
Oaxaca	Marzo-abril 2018	Mayo y julio 2018	Vendedores/as	34
			Médicos/as	18
Estado de México	Marzo-abril 2018	Mayo y julio 2018	Vendedores/as	68
			Médicos/as	15
Hidalgo[1]	Marzo 2019	Diciembre 2019	Vendedores/as	88
Guerrero[2]	Marzo 2019	Diciembre 2019	Vendedores/as	80
Jalisco[3]	Marzo 2019	Diciembre 2019	Vendedores/as	92
Estado de México[4]	Marzo 2019	Diciembre 2019	Vendedores/as	96
Hidalgo*	Diciembre 2019	Agosto-septiembre 2020	Médicos/as	79
Guerrero	Diciembre 2019	Agosto-septiembre 2020	Médicos/as	62
Jalisco	Diciembre 2019	Agosto-septiembre 2020	Médicos/as	73
Estado de México	Diciembre 2019	Agosto-septiembre 2020	Médicos/as	63
Total de encuestas efectivas				783

[1] En los municipios de Actopan, Huejutla de los Reyes, Huichapan e Ixmiquilpan.

[2] En los municipios de Ometepec, Taxco de Alarcón, Tecpan de Galeana y San Marcos.

[3] En los municipios de Arandas, Chapala, Lagos de Moreno y Ocotlán.

[4] En los municipios de Ecatepec, Coacalco, Acolman y Jilotepec.

* La muestra de municipios en el caso de las y los médicos fue la misma que en el caso de las y los vendedores.

Fuente: Elaboración Propia. Ipas México, 2020.

los datos oficiales del directorio nacional de Estadísticas de Unidades Económicas (DENUE, 2014), publicadas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en México, y se distinguió entre las farmacias de cadena e independientes en cada uno de los municipios seleccionados; siendo éstas últimas aquellas donde interesaba fueran realizadas las intervenciones.⁶

Las razones principales por las cuales se optó por abordar a las farmacias independientes fueron: porque estas suelen estar relegadas de las capacitaciones que proveen los laboratorios sobre sus medicamentos —cuestión que ocurre con mayor frecuencia en las farmacias de cadena—; porque resulta más accesible conseguir el consentimiento de los trabajadores de farmacia para llevar a cabo intervenciones como ésta debido a su autonomía; porque estas farmacias suelen tener resistencia a otorgar información sobre medicamentos para la interrupción del embarazo y, finalmente, porque la rotación de su personal es menor en comparación con las farmacias de cadena debido a que muchas de ellas se tratan de negocios familiares (Vázquez-Quezada y Vieitez, 2018). Por otro lado, los criterios generales de inclusión fueron farmacias independientes que tuvieran misoprostol disponible al momento de realizar el cuestionario o que pudieran pedirlo a otra farmacia cercana y venderlo. Por supuesto, un criterio adicional fue la aceptación voluntaria de cada participante en la intervención.

Resultados

Lo que se muestra a continuación parte de los resultados obtenidos en las diferentes intervenciones, considerando la estrategia integral de incorporar al personal médico y de farmacia en el proceso de conocimiento y circulación de información. Para comenzar con la intervención, en el caso de las y los vendedores, se preguntó sobre los conocimientos previos acerca de un medicamento absolutamente seguro para que las mujeres puedan interrumpir el embarazo si lo requieren. En promedio, el 43% de las vendedoras y vendedores conocen la existencia de estos medicamentos,⁷ presen-

⁶ Esto debido a que estas farmacias poseen ciertos grados de autonomía en cuanto a los suministros de medicamento con los que cuentan, así como procesos más o menos estandarizados de operación aún cuando se trate de establecimientos familiares.

⁷ En promedio un 40.2% reportó saber que uno de los medicamentos para llevar a cabo una interrupción segura del embarazo es el misoprostol, seguido por un 32% en el caso del Cytotec, y un 13% en el caso de Cyrux.

tándose en los estados de México y Guerrero los porcentajes más altos, con 62.71 y 62.5% respectivamente, y los más bajos en Hidalgo (11.32%) y Jalisco (18.64%).

Más del 90% de las y los encuestados refirieron haber escuchado sobre el misoprostol; y ante la pregunta “¿Sabes qué es el misoprostol?” se obtuvo un promedio de 75.1% de respuestas afirmativas, teniendo como estados más destacados el caso de Hidalgo, con una respuesta positiva del 94.34%, y el más bajo el caso de las y los vendedores de farmacia del municipio de Nezahualcóyotl en el Estado de México, con un 60%. Sin embargo, aun cuando estos porcentajes pueden parecer altos, al profundizar acerca del funcionamiento del medicamento, solo el 24% de la muestra total afirmó saber cómo actúa.⁸

Al explorar el conocimiento sobre las indicaciones de uso del misoprostol con respecto a las semanas de gestación,⁹ encontramos respuestas correctas entre las y los vendedores de farmacias, ya que en promedio casi el 60% del total de participantes encuestado/as mencionaron que el misoprostol puede usarse por mujeres con menos de 10 semanas de gestación; el 50% afirmaron que puede usarse entre las 10 y 12 semanas bajo acompañamiento médico y solo el 4% mencionó que se puede usar después de las 12 semanas de gestación. Del total de la muestra, el 42% afirmó haber recibido solicitudes de venta de medicamentos para interrumpir un embarazo.

Uno de los indicadores principales de la intervención fue preguntar sobre la disposición de usar y difundir la información que les había sido compartida, incluyendo los materiales proporcionados por Ipas, a las mujeres que solicitaran medicamentos para interrumpir un embarazo. En este caso, el 70% del total afirmó que compartiría esta información con las usuarias. En el caso particular de las intervenciones realizadas en 2019 en Estado de México, Guerrero, Hidalgo y Jalisco se exploraron aquellas razones que determinan el por qué las y los vendedores no estarían dispuestos a compartir la información a quien la solicitara. Esto reveló que el no estar de acuerdo con el aborto (20.63%), el no saber las dosis (19.02%), el no contar con formación médica para recetar (15.87%) y considerar que se trata de medicamentos

⁸ En los porcentajes mayores está Oaxaca y el Estado de México con el 40% de los encuestados en los distintos municipios (excepto Nezahualcóyotl), y en el extremo contrario el estado de Jalisco y Oaxaca, ambos con 11% del total de sus entrevistados locales.

⁹ Resultados tomando en cuenta el porcentaje de personas que respondieron afirmativamente a cada uno de los enunciados.

controlados (15.87%) son las principales razones por la cuales las y los vendedores de farmacia, no compartirían la información sobre el medicamento y su uso.¹⁰

Al realizar las evaluaciones y visitas de seguimiento sobre estas intervenciones se pudo observar un aumento en la información que posee el personal de ventas de las farmacias, reflejado en un promedio de 17% por arriba de los resultados de la primera intervención con respecto al conocimiento sobre el misoprostol; un aumento de entre 12% y 18% en la mención del misoprostol como un medicamento seguro para la interrupción del embarazo, así como una mayor disposición a preguntar sobre las semanas de gestación de las mujeres —19% más que antes de la intervención— y en la distribución de información —folletos, información en general— brindada por Ipas. Al respecto, particularmente en el caso de Estado de México, Guerrero, Hidalgo y Jalisco, solo el 26% de las y los encuestados reportaron haber utilizado la información proporcionada ya que tuvieron la oportunidad de vender el misoprostol e interactuar con las mujeres que lo solicitaban.

Entre las barreras principales que se identificaron para que esta información no se hubiera compartido con las usuarias se encuentra que esta no fue solicitada, a la par de considerar que no se contaba con la información suficiente (ambos con 29.9%), seguida por quienes están en contra del aborto o refieren no estar de acuerdo con la información. Además, se preguntó a las y los vendedores de farmacia cuáles consideraban que son los factores contextuales que tienen peso en la circulación de este tipo de información. Entre ellos encontramos principalmente la falta de acceso a la información adecuada sobre los medicamentos y el rechazo social del aborto como dos de los elementos principales.

Por otro lado, la exploración con las y los médicos que brindan sus servicios en las farmacias independientes reveló que, como parte de los conocimientos previos a la intervención, aproximadamente el 56% de la muestra total conocen la existencia de un medicamento seguro para la interrupción del embarazo; al preguntar si sabían qué es el misoprostol, el 83% del total respondieron de manera afirmativa. La batería de preguntas centrada en las y los profesionales de la salud integró cuestionamientos e información más precisa sobre el uso, dosis y efectos del misoprostol; ejemplo de ello fue la pregunta —en formato sí o no— que buscaba identificar si conocían el funcionamiento del medicamento, donde aun cuando el 73% dijo conocerlo, solo el 56% confirmó saber las indicaciones del uso correcto y dosificación del misoprostol.

¹⁰ En porcentajes menores se consideró la negativa por no contar con suficiente información y por los posibles riesgos a la salud.

Al igual que en el caso de las y los vendedores de farmacia, se consultó sobre el uso del medicamento en función de las semanas de gestación. En este sentido, tomando en cuenta las respuestas afirmativas obtenidas en cada opción de respuesta, poco más del 81% del total de las y los médicos encuestados mencionaron que el misoprostol puede usarse por mujeres con menos de 10 semanas de gestación; el 72% que puede usarse entre las 10 y 12 semanas con acompañamiento médico; el 22% afirmó su uso en mujeres con menos de 12 semanas de gestación —todas estas respuestas correctas—, y poco más del 3% eligió la respuesta que afirma que el misoprostol puede usarse en mujeres que superaran las 12 semanas.

Posterior a esta pregunta, la aplicación multimedia proporcionó información detallada sobre aspectos clínicos del uso del misoprostol e inmediatamente después se hacía una evaluación para saber si habían retenido dicha información. La evaluación se presentó a manera de un simulador donde el o la médica podían armar el procedimiento para la interrupción, obteniendo que: el 91.7% de las y los médicos construyó el protocolo con la dosis correcta de cuatro pastillas, el 95% seleccionó 200 mcg como los microgramos indicados; al respecto de las vías de administración adecuadas y recomendadas se obtuvo que el 87% optó por la vía bucal y un 30% consideró adecuada también la vía sublingual —ambas recomendadas en los protocolos internacionales del uso del misoprostol—.

Sobre las dosis, y considerando las respuestas afirmativas, poco más del 75% indicó de 2 a 3 dosis del medicamento, y el 84.5% apuntaron como tiempo de espera de 3 a 4 horas entre cada dosis; siendo 3 a 4 horas y mínimo tres dosis el protocolo correcto de uso.

Identificaron al sangrado vaginal (98%) y los cólicos fuertes (90.5%) como los efectos inmediatos más relevantes del uso del medicamento, seguidos de coágulos de diferentes tamaños, la expulsión del saco gestacional y sangrado (80.8%), así como náuseas, vómito, fiebre y escalofrío como las principales molestias (78%). Por otro lado, dieron cuenta de las señales de alarma, tales como flujo vaginal con olor desagradable (96.8%), las ronchas o el salpullido como señales de reacción alérgica (95.3%), el dolor abdominal intenso que no se alivia con analgésicos como un indicio de embarazo ectópico (92.5%), a la fiebre de más de 38°C por más de 24 horas después de la última dosis (87.1), y al sangrado abundante que empape hasta 4 toallas sanitarias en dos horas (86.1%). Finalmente, el 70% afirmó saber cómo confirmar un proceso completo, siendo el ultrasonido pélvico 2 o 3 semanas después de la toma del misoprostol la prueba más identificada, con un 84% de respuestas afirmativas, seguida por la prueba de sangre y de orina.

Meses después, al realizar el ejercicio de seguimiento, las y los médicos contactados reportaron que la información compartida les había resultado útil, ya que

les permitió conocer el uso correcto del misoprostol. Sin embargo, al cuestionarles si habían compartido la información o distribuido el material brindado en la intervención, solo el 60% afirmó haberlo hecho, reportando la falta de tiempo y que la información no les fue solicitada como las principales razones por las cuales la información no se circuló hacia las pacientes.

De quienes sí circularon la información, el 87% lo hicieron a través de explicar el procedimiento, seguido por la circulación del material multimedia (40%) y la distribución de trípticos (38%).¹¹ El 30% circuló esta información con sus pacientes, el 25% con sus colegas, y el resto con otros empleados o empleadas (20%) y con las y los dueños de las farmacias (20%). La información proporcionada y reportada en estos casos fue: qué es el misoprostol, el protocolo de uso y dosis correcta del medicamento, las señales de alarma y eficacia, así como las marcas comerciales; teniendo como principales motivos que pacientes, médicos, personal y público en general que solicitara el medicamento contara con todos los conocimientos para su uso de manera segura.

Se preguntó también sobre cuáles eran las principales barreras que encontraron para compartir o hacer uso de esta información, teniendo, en primer lugar, que los pacientes no solicitan o no muestran la apertura para escucharla, el no estar de acuerdo con la información y con el aborto, así como la falta de conocimiento adecuado sobre el protocolo a seguir para la interrupción del embarazo con el uso de medicamentos debido a las restricciones legales del aborto en sus estados.

Al igual que en el caso de las y los vendedores de farmacia, se cuestionó sobre el entorno y las razones que influyen en que las mujeres no usen el misoprostol para interrumpir un embarazo. En orden de mayor a menor, las y los médicos identificaron el miedo a las posibles reacciones del medicamento (28.7%), la falta de información sobre el medicamento (23.3%), así como el rechazo social hacia el aborto (18.3%) como las tres razones más referidas.

Conclusiones

El aborto con medicamentos es una de las alternativas para la interrupción segura del embarazo en contextos donde el aborto voluntario está regulado, y también seguirá siendo la opción más segura en contextos restrictivos. Sin embargo, en ambos casos, tener acceso al medicamento y contar con la información precisa y adecuada

¹¹ Porcentajes obtenidos en función de la respuesta afirmativa a cada opción

para llevar a cabo el protocolo de manera segura y exitosa, resulta crucial. Y es aquí donde adquiere gran relevancia que las y los vendedores, y las y los médicos que ejercen su labor como parte de los servicios integrales de las farmacias, cuenten y, en su caso, provean información y el medicamento a quien lo solicite.

En este sentido, intervenciones como las aquí expuestas buscan no solo disminuir las barreras a las cuales las mujeres se enfrentan al buscar información y medicamento para interrumpir un embarazo, sino habilitar a las y los vendedores de farmacia y a los médicos/as con la información suficiente para que, más que constituirse como barreras, se conviertan en eslabones dentro del itinerario de aborto de las mujeres que han optado por interrumpir un embarazo a través del uso de medicamentos.

Las intervenciones que se abordan en este capítulo, en primer lugar, muestran los resultados de una estrategia informativa dirigida a una población que pocas veces se ha abordado y que, sin embargo, resulta crucial para el acceso a la justicia reproductiva en materia de interrupción del embarazo. El misoprostol, en el caso mexicano, es un medicamento que no requiere registro de receta médica para adquirirse, por lo tanto, su acceso debería estar garantizado en todas las farmacias del país, debido a que sus usos no se circunscriben a la interrupción del embarazo.

Pero la circulación de información estigmatizada o errónea acerca del medicamento mismo, así como la falta de información basada en evidencia científica sobre su uso para llevar a cabo una interrupción, es un tema pendiente que, en ese caso, se busca subsanar.

Las intervenciones en las farmacias independientes, además de explorar el nivel y calidad del conocimiento de vendedores/as y médicos/as al respecto del misoprostol y su uso, reveló la importancia del factor humano en el proceso de venta de medicamento para la interrupción del embarazo. En ambas poblaciones objetivo se identificó, por ejemplo, que el no estar de acuerdo con el aborto o el no contar con la suficiente información, resultaban determinantes en y para la circulación del conocimiento sobre los protocolos y uso correcto del misoprostol. Sin embargo, previendo las barreras personales que puede generar el compartir información entre vendedores/médicos y clientas/pacientes, sobre todo en contextos penalizados como el caso de los estados que se consideraron para las intervenciones, se buscó habilitar distintas vías desde las cuales las usuarias pudieran acceder a la información que requirieran para estos casos, ya sea a través del material multimedia generado para estas intervenciones, por medio de los trípticos, o incluso a través de los canales de comunicación brindados en los folletos que se pusieron a disposición del personal para su distribución.

Si bien los resultados de estas intervenciones no resultan representativos sino exploratorios debido al volumen de la muestra considerada y las intervenciones efectivas realizadas, los resultados obtenidos sí nos permiten identificar algunas tendencias relevantes; entre ellas, la importancia de proveer de información no solo a las mujeres que buscan interrumpir un embarazo, sino a la cadena de agentes a los que pueden recurrir y que forman parte de su itinerario de aborto, ya sea en busca de acompañamiento, asesoría, consulta o para adquisición del medicamento.

En este sentido, la estrategia de proveer información para reducir las barreras de acceso al medicamento en farmacias ha mostrado ser un método eficaz debido a que aumenta la confianza de los propios vendedores/as y médicos/as, así como la disposición para compartir estos conocimientos cuando se considera que se cuenta con todos los elementos adecuados para garantizar la salud y el bienestar de las clientas y pacientes.

Por otro lado, el circular esta información, en el caso de las y los vendedores, permite que ellas y ellos sepan que el misoprostol no es un medicamento controlado y que usado de manera adecuada resulta seguro y efectivo para la interrupción del embarazo; y, por el lado de las y los médicos, permite o al menos pretende que, al contar con los conocimientos sobre el protocolo de uso del misoprostol, se reduzcan las barreras de acceso a la atención y la provisión de información adecuada para las pacientes que así lo requieran o lo soliciten.

Bibliografía

- Boyce Carolyne y Neale, Palena. 2006, *Using Mystery Clients: A Guide to Using Mystery Clients for Evaluation Input*. Pathfinder International Tool Series. Monitoring and Evaluation -3 (http://www2.pathfinder.org/site/DocServer/m_e_tool_series_mystery_clients.pdf) [Consultada: 27 de octubre de 2020].
- Cabezas, Briana y Luya, Brighith, 2020, *Nivel de conocimiento y conducta del personal técnico de farmacia en el expendio del misoprostol en los establecimientos farmacéuticos del distrito de Santa Anita, Lima, 2020*, Repositorio institucional de la Universidad María Auxiliadora, Perú, (<http://repositorio.uma.edu.pe/handle/UMA/271>) [Consultada: 25 de octubre de 2020].
- Cedeño, Lurel y otras, 2019, “Guardar/romper el silencio sobre la interrupción voluntaria del embarazo: narrativas de mujeres mexicanas” en *Athenea Digital*, Vol. 19, núm 2, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, (<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2313>) [Consultado el 2 de agosto de 2020].

- Diniz, Debora y Marcelo Medeiros, 2012, “Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras” en *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 17, núm 7, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, pp. 1671-1681. (<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700002>) [consultado el 10 de agosto de 2020].
- Fetters Tamara y otras, 2014, “Using a harm reduction lens to examine post-intervention results of medical abortion training among Zambian pharmacists” en *Reprod Health Matters*, Vol. 22, núm 44, pp. 116—24, (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0968808014437947>) [Consultado el 1 de noviembre de 2020].
- Footman, Katharine y otras, 2018. “Medical abortion provision by pharmacies and drug sellers in low-and middle-income countries: a systematic review”, en *Studies in Family Planning*, Vol. 49, núm1, pp. 57—70. (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/sifp.12049>) [Consultado el 27 de octubre de 2020].
- Lafaurie, María Mercedes, 2005, *El aborto con medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*, CLACAI Digital: Population Council y Gynuity Health Projects (<http://clacaidigital.info/handle/123456789/50>) Consultado el 5 de abril de 2021.
- Lara, Diana y otras, 2006, “Pharmacy provision of medical abortifacients in a Latin American city” en *Contraception*, Vol 74, núm 5, pp. 394—9 (<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2006.05.068>) [Consultado el 27 de octubre de 2020].
- Moore, Ann y otras, 2020, “What does informal access to misoprostol in Colombia look like? A mystery client methodology in Bogotá and the Coffee Axis”, en *BMJ Sexual & Reproductive Health*, Vol 46, núm 4, pp. 294-300 (<https://doi.org/10.1136/bmj-srh-2019-200572>) [Consultado el 5 de abril de 2021].
- Ramos, Silvina, Mariana Romero y Lila Aizenberg, 2016 “Experiencias de mujeres con el uso de medicamentos abortivos, en un contexto de restricciones legales: el caso de Argentina”, en *Reproductive Health Matters. Temas de Salud Reproductiva*, Derechos sexuales y aborto en América Latina, núm 9, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, pp. 136-148.
- Tamang, Anand y otras, 2014, “Pharmacy workers in Nepal can provide the correct information about using mifepristone and misoprostol to women seeking medication to induce abortion” en *Reprod Health Matters* Vol. 22, núm 44, pp. 104—15 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25702074/>) [Consultado el 29 de octubre de 2020].
- Weaver Greta y otras, 2019, “Misoprostol knowledge and distribution in Mexico City after the change in abortion law: a survey of pharmacy staff” en *BMJ Sex Reprod Health*, Publicación online, pp. 1-5 (doi: 10.1136/bmj-srh-2019-200394) [Consultado el 14 de octubre de 2020].

Directorio Nacional de Estadísticas de Unidades Económicas. Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática. (<https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/477>) [Consultado el 28 de octubre de 2020].

Vázquez-Quesada, Lucía e Isabel Vieitez, 2018, *Evaluación de una intervención sobre el uso de misoprostol para el aborto con trabajadores de farmacia en mostrador realizada por Ipas México*, Ciudad de México: Population Council.

CAPÍTULO 2

Las mujeres se dan la mano

4. La gobernanza reproductiva y el acompañamiento feminista para el aborto autónomo

MADELEINE BELFRAGE

Resumen

En México, la práctica del aborto sucede en un contexto social y político en disputa. El aborto se lucha, se implementa y se impide a través de estructuras y mecanismos entrelazados de organizaciones no gubernamentales (ONG), acompañantes feministas e instituciones públicas que Morgan y Roberts (2012) denominan sistemas de “gobernanza reproductiva”. Esta investigación es una etnografía activista feminista sobre las prácticas de acompañamiento feminista en México, y explora cómo la protocolización y la normatividad de ciertas tecnologías reproductivas son asumidas y al mismo tiempo cuestionadas por las acompañantes. Lo anterior se materializa en la práctica de solicitar ultrasonidos a las mujeres que buscan abortar, lo cual se exige como parte obligatoria de los protocolos implementados por las ONG, que por lo general capacitan a las acompañantes. Sin embargo, la dependencia excesiva de los ultrasonidos tiende a sobremedicalizar el aborto y es excluyente, pues algunas mujeres tienen acceso limitado o nulo a esta tecnología. Esta complejidad también se observa en la promoción del régimen combinado de mifepristona y misoprostol como “el estándar de oro” de seguridad y eficacia por parte de las ONG, pues tiene efectos contraproducentes, como el

acceso restringido y el efecto de colocar a las acompañantes como intermediarias y agentes de gobernanza reproductiva.

Por lo tanto, la práctica del acompañamiento atraviesa múltiples terrenos políticos y sociales, incluidas la política de salud pública global, las demandas institucionales y los proyectos feministas de autonomía corporal. Estas intersecciones suelen ser contradictorias entre sí y demandan de las acompañantes un proceso constante de negociación, reapropiación y resistencia.

Palabras clave: aborto con medicamentos, acompañamiento feminista, gobernanza reproductiva, México.

Introducción

DURANTE MÁS DE TRES DÉCADAS, EN AMÉRICA LATINA LAS MUJERES¹ HAN ABORTADO con medicamentos (Barbosa y Arilha, 1993) y desde mediados de la década de 2000, las activistas feministas llevan a cabo lo que denominan “acompañamiento al aborto”, que es la práctica de ofrecer información, apoyo emocional, logístico y material a una mujer que desea interrumpir un embarazo (Barcklow D’Amica y Reyes Sánchez, 2004). Por lo tanto, el acompañamiento implica facilitar el acceso de las mujeres al medicamento, explicar cómo usarlo y guiarlas durante el proceso. Es común que el misoprostol esté disponible sin receta, lo que permite que las mujeres puedan inducir un aborto en su propia casa y sin involucrar a personal médico o el uso de instrumentos quirúrgicos invasivos (Dzuba y otros, 2013).

Para las feministas,² el acompañamiento es una respuesta a las brechas de desigualdad y a la negligencia del Estado para proporcionar las condiciones para un aborto seguro a las mujeres en contextos fuera de la Ciudad de México (Guerra

¹ Una nota sobre género: reconozco que otras personas gestantes que no se identifican como mujeres también tienen abortos. Sin embargo, he elegido el lenguaje más utilizado por las acompañantes que entrevisté en México por respeto a su posición política sobre la invisibilización de las mujeres en el lenguaje “neutro”.

² Hay diversos posicionamientos políticos en los feminismos mexicanos, pero todos confluyen en la lucha para alcanzar la igualdad de género y para que el derecho a decidir sea garantizado para todas las mujeres, incluso si no se cuenta con el aval o permiso del Estado.

Gardida, 2019).³ Esta práctica feminista pretende garantizar la autonomía del cuerpo de las mujeres frente a la estigmatización del aborto por parte del sistema médico, evitar los procedimientos inseguros y erradicar la criminalización de quienes interrumpen embarazos. En este capítulo sostengo que la práctica del acompañamiento es un ejemplo de lo que Murphy (2012: 22) llama “el feminismo de los protocolos” (*protocol feminism*), el cual no solo se refiere a la política de reproducción, sino también a la “política de la técnica” (*politics of technique*). De este modo, las prácticas que realizan las acompañantes son discutidas y debatidas por ellas mismas; es decir, los “protocolos” de acompañamiento son cuestionados como parte de una discusión más amplia sobre qué significa el acompañamiento feminista.

Cabe señalar que “protocolo” refiere a los procedimientos formales y las indicaciones normativas de cualquier tarea en la práctica biomédica (Murphy: 2012). En el acompañamiento del aborto, este término incluye la dosis, el régimen de medicamento y los pasos complementarios que toman las personas acompañantes para garantizar que el medicamento sea eficaz y seguro. Si bien los protocolos biomédicos, como los recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se presentan como racionales y apolíticos, Murphy (2012: 129) sostiene que “las feministas [han] saturado los protocolos con la política”. En este sentido, la autora subraya que los protocolos feministas “ensamblan cuerpos, sentimientos, herramientas, modos de politización, interacciones sociales, relaciones de intercambio y lógicas biomédicas emergentes...” (Murphy, 2012: 29). Lo anterior implica que la práctica del acompañamiento atraviesa múltiples terrenos políticos y sociales, incluida la política de salud pública global, las demandas institucionales y los proyectos feministas de autonomía corporal. Estas intersecciones suelen ser contradictorias entre sí y demandan de las acompañantes un proceso constante de negociación, reapropiación y resistencia.

Los protocolos de acompañamiento varían entre organizaciones, colectivos y acompañantes individuales y están influenciados por los contextos legales, el grado de riesgo percibido, así como las diversas propuestas políticas feministas y distintas definiciones de cuidado. Por lo general, una mujer contacta a los grupos de acompañamiento por llamada telefónica, a través de WhatsApp o por medio de las redes sociales. Después, las acompañantes responden con información sobre el proceso del aborto con medicamentos, incluyendo dosis, efectos secundarios y contraindicaciones, además proporcionan orientación sobre derechos sexuales y reproductivos para respaldar la decisión de la mujer. La acompañada puede comprar el medicamento

³ Aunque el aborto fue despenalizado en el estado de Oaxaca en el 2019, los servicios aún no están funcionando.

en la farmacia o se le proporciona a través de vínculos entre acompañantes, organizaciones no gubernamentales (ONG) y empresas farmacéuticas. Las diferencias entre los protocolos utilizados por las acompañantes incluyen el límite gestacional, el régimen de medicamento utilizado (mifepristona con misoprostol o solo este último) y el requerimiento del ultrasonido. Estas diferencias son debatidas entre quienes realizan el acompañamiento, en particular entre quienes han sido formadas o trabajan para ONG y las que se consideran “autónomas”.

Si bien es relevante la discusión sobre el “feminismo institucional” y el “feminismo autónomo” que se ha desarrollado en la literatura académica de América Latina (Álvarez, 1998; Fischer, 2005; Gargallo, 2006), en este capítulo no pretendo proporcionar una descripción histórica de las críticas de autoras y activistas feministas respecto a la institucionalización, pues enfoco la atención en lo que Morgan y Roberts (2012: 241) denominan “gobernanza reproductiva”: la formas en que el Estado, el mercado y la sociedad civil, en forma de las ONG influyen en los asuntos de población y conducta reproductiva. Asimismo, no deseo categorizar a las acompañantes como “institucionales” o “autónomas”, con el fin de evitar lo que Fischer (2005: 56) llama “pensamiento binario, dicotómico [y] dualista”. No considero estas categorías como identidades fijas, sino como procesos relacionados con la gobernanza reproductiva que se entrecruzan con toda práctica de acompañamiento y que son negociados, resistidos, apropiados o disputados en diversos grados por todas las acompañantes.

Mi investigación evidencia que la institucionalización del acompañamiento se manifiesta como una estandarización de procedimientos y protocolos por parte de las ONG, que pretenden proporcionar el grado más alto de seguridad tanto a las acompañantes como a las acompañadas. Estos estándares se transmiten a las acompañantes a través de capacitaciones, guías y mecanismos de seguimiento, y se implementan a través de protocolos de acompañamiento. En este capítulo describo los protocolos relacionados con dos tecnologías biomédicas: el ultrasonido y el régimen de medicación abortiva considerado como el “estándar de oro”: mifepristona combinada con misoprostol (Winikoff y Sheldon, 2012), que es conocido por las acompañantes como “kit” o “combo” y se comercializa globalmente como el “com-bipack”. Por lo tanto, exploro cómo el uso y la protocolización de estas tecnologías son asumidas y al mismo tiempo cuestionadas por las acompañantes.

El capítulo está sustentado en una investigación etnográfica activista feminista con acompañantes, que realicé entre los años 2019 y 2020, y que es parte de mi tesis doctoral. La metodología de investigación que elegí fue creada por Craven y Davis (2013: 14) y se basa en métodos etnográficos como la observación participativa, para realizar una investigación “comprometida con documentar las experiencias vividas e

impactadas por género, raza, clase, sexualidad y otros aspectos de las vidas de participantes”. Durante la investigación, realicé más de 50 entrevistas con acompañantes y representantes de ONG; asistí a encuentros, marchas, capacitaciones y reuniones, y llevé a cabo un análisis de contenido de información compartida por grupos de acompañamiento en línea. Lo anterior fue posible por mi experiencia de cinco años de trabajo en ONG enfocadas en derechos sexuales y reproductivos en México.

En un primer momento presento un breve resumen del marco conceptual de la gobernanza reproductiva, posteriormente abordo la historia del acompañamiento en México, para sentar las bases de la discusión que conceptualizo como dos tecnologías de gobernanza reproductiva: el régimen de aborto con medicamentos “estándar de oro” y el uso obligatorio de ultrasonidos como parte de los protocolos de acompañamiento. No pretendo discutir estas tecnologías en términos de nociones apolíticas de seguridad o efectividad, sino evidenciar cómo su uso prescrito a través de protocolos produce efectos sociales y políticos en la práctica del acompañamiento, e incluso más allá en la autonomía corporal y las brechas de desigualdad interseccionales experimentadas por las mujeres. En última instancia, deseo mostrar las formas en que el acompañamiento y las personas acompañantes están incrustadas en estructuras y sistemas de gobernanza reproductiva y al mismo tiempo se encuentra en disputa con estos.

Gobernanza reproductiva y procesos de institucionalización

El concepto de gobernanza reproductiva fue creado por Morgan y Roberts (2012: 241) para referirse a:

los mecanismos a través de los cuales diferentes configuraciones históricas de actores —tales como instituciones estatales, religiosas⁴ e internacionales financieras, ONG y movimientos sociales— utilizan controles legislativos, incentivos económicos, mandatos morales, coacción directa e incitaciones éticas para producir, monitorear y controlar la conducta reproductiva y las prácticas de población.

Históricamente, la gobernanza reproductiva se centró en la retórica global sobre el control del crecimiento poblacional, implementada a través de campañas y

⁴ Las instituciones religiosas han sido ampliamente analizadas (ver, por ejemplo, Ortiz-Ortega, 2019) y no serán el tema central de este capítulo.

programas neocolonialistas generados en el Sur Global por los gobiernos nacionales y apoyados por donantes internacionales (Morgan y Roberts, 2012). Como sucedió en otros países, en México la adaptación de la dinámica demográfica se promovió como esencial para la “modernización” y el desarrollo económico (Bronfam y Castro, 1989). Durante la década de los noventa, y reforzado por los acuerdos de Beijing y El Cairo, el discurso se transformó en argumentos de los derechos sexuales y reproductivos para intentar frenar las prácticas coercitivas, poco éticas e ineficaces que subsistían de momentos políticos anteriores. Además, el enfoque basado en los derechos también tenía el objetivo de “empoderar” a las mujeres a través del incremento de la atención a una gama más amplia de necesidades de salud sexual y reproductiva (Petchesky, 1995). Sin embargo, a pesar de los cambios en el discurso, continúa ocurriendo la violencia estructural que afecta los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en particular para quienes son indígenas o viven en un entorno de pobreza (Castro y Singer 2004; Espinosa Damián, 2014).

Al respecto, Morgan y Roberts (2012) destacan la centralidad del discurso y los mecanismos judiciales de derechos en los sistemas actuales de gobernanza reproductiva. Si bien los derechos se pueden exigir colectivamente, se otorgan de forma individual. Esto es consistente con la erosión neoliberal de la responsabilidad del Estado y la creciente dependencia del mercado, que propicia que las personas, como entes individuales, sean responsabilizadas de su propio bienestar, sobre todo a través de los mercados privados y “la elección del consumidor” (*consumer choice*) (Rose, 1999). Por lo tanto, la salud reproductiva de las mujeres se negocia a través de derechos individualizados y en el neoliberalismo la autonomía está ligada al deber de cumplir con la autogestión racional a través de las elecciones reproductivas individualizadas (Denbow, 2015; Gleeson, 2014; Millar, 2017). De forma irónica, en contextos donde el aborto está criminalizado y el Estado niega la prestación de servicios, las mujeres tienen el “derecho a decidir”,⁵ en cuanto a la elección de contratar atención médica privatizada o comprar pastillas abortivas.

En México, desde la década de los noventa, las ONG se han posicionado como agente importante respecto a la brecha creada por el Estado que evidencia un constante retroceso derivado de las condiciones neoliberales. Desde el marco conceptual de la gobernanza reproductiva, es evidente cómo las ONG están separadas del Estado, y al mismo tiempo se han convertido en una extensión de este, pues

⁵ La ironía es más evidente en inglés, debido a que las palabras “decidir” y “elegir” se traducen como “choice”, lo que muestra los paralelos entre “consumer choice” (elección del consumidor) de la política del mercado y “right to choose” (derecho a decidir) de la política de la reproducción.

continúan el trabajo biopolítico de gestión de poblaciones (Bernal y Grewal, 2014). Este contexto político propicia una dinámica en la que las ONG se constituyen como claves para la expansión de las lógicas neoliberales de privatización. De acuerdo con Bernal y Grewal (2014: 10), este es el caso de las ONG feministas, pues han asumido un trabajo relacionado con la esfera privada, incluida la salud y el cuidado, los espacios del trabajo no remunerado de las mujeres y la centralidad histórica de las luchas feministas. Lo anterior derivó en que varias feministas critiquen la institucionalización del movimiento o la “ONGización” (*NGOization*) (Álvarez, 1999), a medida que las demandas feministas son cooptadas, despolitizadas y atrapadas en lógicas neoliberales y del Estado (Fischer, 2005; Gargallo, 2006).

Para el movimiento a favor del aborto, desde su despenalización en la Ciudad de México, en 2007, prácticamente se han estancado los avances de las demandas colectivas de que el Estado asuma la responsabilidad de la salud reproductiva y el bienestar de las mujeres. Por lo tanto, la atención del activismo feminista se ha centrado en acciones que permitan garantizar el acceso de las mujeres al aborto seguro, sobre todo a través de la práctica del acompañamiento.

El acompañamiento en México, propuesta feminista para cerrar brechas

A finales de la década de 1980, en Brasil ya era común el uso del misoprostol para abortos autoinducidos, mientras que en México su utilización era incipiente en la década de los noventa (Barbosa y Arilha, 1993) y al iniciar la década de 2000, activistas y ONG a nivel global accedieron al conocimiento del uso de este medicamento y empezaron a trabajar para formalizar su uso seguro, comprobando protocolos a través de la investigación científica (MacDonald, 2020). Además, estas mismas organizaciones presionaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que dichos protocolos se ratificaran como seguros y efectivos, con el fin de que se reconociera el papel de las personas capacitadas, pero no médicas, en la provisión del misoprostol (MacDonald, 2020).⁶

De forma paralela, en América Latina las activistas feministas comenzaron el trabajo de acompañamiento, influenciadas por las feministas italianas del partido comunista en la década de 1970, quienes ayudaron a las mujeres a acceder a procedimientos de aborto seguro (Santarelli y Anzorena, 2017) y por el movimiento de

⁶ Este último sigue en proceso.

salud de las mujeres de Estados Unidos, que utilizó información y tecnologías de salud reproductiva para crear grupos de autoayuda (Murphy, 2012). Sin embargo, Guerra (2019) señala que, aunque el acompañamiento se formalizó en las ONG, éste siempre ha existido en las acciones de hermanas, amigas y parteras.

Asimismo, en 2007, con la despenalización del aborto en la Ciudad de México se presentó un aumento exponencial en los esfuerzos de acompañamiento, tanto para apoyar a las mujeres para llegar a las clínicas públicas de aborto en esa entidad, como para proporcionar asesoría sobre el uso del misoprostol para abortos autoinducidos en casa.

Durante la siguiente década, varios procesos influyeron en la expansión continua del acompañamiento, particularmente fuera de los espacios institucionalizados de las ONG. En primer lugar, a medida que las ONG más grandes protocolizaban cada vez más su acompañamiento por motivos de seguridad, las feministas más jóvenes se alejaron y formaron sus propios colectivos con la formación que habían recibido. Paralelamente, muchas líneas telefónicas de aborto estaban comenzando en América del Sur en países como Ecuador, Perú, Chile y Argentina, donde el aborto estaba en gran parte criminalizado (Drovetta, 2014). Algunas de las redes de acompañamiento en México tienen su origen en estas organizaciones y redes hermanas sudamericanas.

Otras condiciones también han facilitado el enorme crecimiento de la práctica del acompañamiento en México en los últimos cinco años, incluido un mayor acceso a Internet donde las acompañantes comparten abiertamente información sobre sus actividades y pueden llegar a más mujeres. Además, han ingresado al mercado más marcas genéricas de misoprostol, por lo que está ampliamente disponible en las farmacias a precios más accesibles que la marca original, Cytotec. A nivel mundial, una tendencia en las políticas de salud pública ha normalizado e impulsado el aborto con medicamentos como una solución al aborto inseguro y la muerte materna. Esto ha significado que las fundaciones filantrópicas del Norte Global se interesen cada vez más en financiar grupos de base que realizan acompañamiento, que a instituciones más grandes y las ONG que históricamente se han enfocado en la defensa legal y la expansión de servicios en hospitales públicos bajo causales.

Finalmente, en el período previo al voto de la despenalización en Argentina en 2018, la presencia mediática de la Marea Verde, el movimiento del aborto en Argentina también provocó un aumento en la práctica del acompañamiento, con muchas jóvenes feministas capacitándose y compartiendo información en las redes sociales.

El acompañamiento es ahora una práctica muy común en México. Esto ha provocado ansiedad entre las ONG que opinan que la seguridad y eficacia del acom-

pañamiento radica en sus protocolos estandarizados. Mientras que, a medida que aumenta la práctica, los protocolos se apropian, adaptan y en ocasiones son abandonados por las acompañantes. Estos dos posicionamientos generan tensiones entre sí, algunas de las cuales exploraré a continuación.

El “combipack” de mifepristona con misoprostol, el “estándar de oro”

Para las ONG internacionales de salud pública y las activistas feministas, el aborto con medicamentos ha transformado la política de la salud reproductiva (Berer, 2017; Magnani, 2012; Jelinska y Yanow, 2017). Las pastillas abortivas surten efecto en el cuerpo de la mujer embarazada y también reconfiguran dónde, cómo y quién puede realizar estos procedimientos de salud reproductiva. En este sentido, en contextos donde el aborto es restringido por las leyes, el uso de medicamentos ha permitido reducir el riesgo de procedimientos inseguros y evitar la criminalización de las mujeres (Singh y otros, 2018). Sin embargo, es necesario evidenciar que el acceso y uso de las pastillas es posible gracias a configuraciones complejas de políticas reproductivas globales que incluyen a las ONG, mercados privados, empresas farmacéuticas y prácticas de acompañamiento. Lo anterior deriva en tensiones entre las feministas que buscan la autonomía del cuerpo, y la realidad de las estructuras sociopolíticas más amplias, que se materializan en el acompañamiento. Esto ocurre con la promoción normativa de las ONG del régimen combinado de mifepristona y misoprostol, que se conoce como el “estándar de oro” en la retórica del aborto de salud pública mundial y que está respaldado por la OMS (Winikoff y Sheldon, 2012), el cual abordo en esta sección para explorar cómo ocurren las tensiones señaladas.

El término “estándar de oro” (*gold standard*) se utiliza en el ámbito médico para referirse a tratamientos que han demostrado la mayor eficacia posible y acorde con el estándar de evidencia más elevado. De este modo, en el contexto del aborto con medicamentos la estandarización está estrechamente relacionada con la eficacia. La investigación de salud pública, que se considera como la base de evidencia para los protocolos, cita pruebas controladas aleatorias que muestran que la mifepristona usada con el misoprostol es un cinco por ciento más efectiva que el uso de este último medicamento sin combinación (Ngoc y otros, 2011). En términos de salud pública, los beneficios del régimen combinado se muestran como evidentes; sin embargo, desde su posición política, las acompañantes sitúan el aborto en realidades locales en las que es indispensable tomar en cuenta otros factores en sus valoraciones de

efectividad y adecuación; como son: la falta de acceso oportuno a la mifepristona, su precio y la autonomía con la cual una mujer puede obtener las pastillas.

Algunas de las acompañantes entrevistadas sostienen que promover el régimen combinado de mifepristona/misoprostol como superior al de misoprostol descalifica varios aspectos positivos de un aborto inducido con el régimen sin combinación. Cabe señalar que el misoprostol es una pastilla abortiva que se esconde a plena vista, pues este medicamento se desarrolló originalmente como una solución para las úlceras gástricas. El misoprostol tiene propiedades uterotónicas, es decir tiene el efecto de ablandar el cuello uterino y que el útero se contraiga, por lo que su ingestión en diferentes dosis puede provocar el trabajo de parto, detener una hemorragia posparto o inducir un aborto (Allen y O'Brien, 2009).

La renuencia de las empresas farmacéuticas a registrar el misoprostol como abortivo tiene el efecto involuntario, pero afortunado, de que ese medicamento esté menos regulado y sea más accesible. De esta forma, en la actualidad en México hay cinco productos genéricos de este medicamento, los cuales no requieren receta médica y están ampliamente disponibles en farmacias.⁷

Además, el misoprostol es más económico que la mifepristona. Si bien el precio del paquete combinado es comparable, por lo general cada caja de misoprostol contiene 28 comprimidos lo cual implica que se incluyen dos "kits"; es decir, dos dosis completas de 12 pastillas cada una, necesarias para inducir dos abortos, pues en el caso de que un primer procedimiento con 12 pastillas no funcione, una mujer puede intentarlo por segunda vez con el medicamento restante de un paquete. También, si no se requiere utilizar todas las pastillas, es factible donarlas para que otra mujer pueda realizar el procedimiento. Por el contrario, un paquete combinado contiene una tableta de mifepristona y cuatro de misoprostol, que supone que una dosis será suficiente para inducir el aborto en el primer intento, lo cual no ocurre siempre.

En el contexto mexicano, las mujeres pueden comprar misoprostol de manera directa y sin intermediación alguna, pero en el caso del paquete combinado, las acompañantes deben relacionarse con redes de ONG globales que tienen la capacidad institucional y los recursos para acceder a la mifepristona. Lo anterior deriva en que este medicamento esté altamente centralizado, debido al control regulato-

⁷ Las marcas son Apostecsol, Artrotec (diclofenaco/misoprostol), Cyrux, Cytotec, Taneciprol, Tomispral. Cyrux es elaborado por el laboratorio mexicano Serral y es el producto base de las marcas propias vendidas en Farmacias del Ahorro, Farmacias San Pablo (Aurax), Farmacias Similares (Cyrax), Walmart (Medimart), Superama (Medimart), Farmacias Guadalajara y Farmacias Yza.

rio y también por la falta de condiciones de mercado rentables que diversifiquen las fuentes y las cadenas de distribución. Solo hay dos marcas de mifepristona en el mercado mexicano. El primero es Zacafyml, que se registró en 2011 y se distribuye a clínicas públicas y privadas, principalmente en la Ciudad de México. El segundo producto es Mefaprix, registrado por una ONG global y que es el único producto accesible para las acompañantes, el cual obtienen a través de redes de ONG.

En este sentido, la mifepristona está distribuida a través de un monopolio aparentemente necesario para propiciar un mercado rentable o como señalan las ONG, “sostenible”. Este monopolio se justifica argumentando que permite proporcionar medicamentos con precios reducidos para determinados sectores de la población (Sunder Rajan, 2017: 157). Como ha sucedido con la responsabilidad social empresarial, estas prácticas proporcionan a las ONG una licencia social para operar sin abordar las desigualdades estructurales producidas por el capitalismo neoliberal.

Este punto es evidente para muchas acompañantes, quienes critican el monopolio de mifepristona en México, alegando que está reñido con los proyectos feministas de autonomía:

...para mí abortar de forma autónoma es abortar con una compañera y no con una institución. Pero también, o sea en el mismo acompañamiento con chicas feministas o con redes de acompañamiento, he visto que a veces no hay una total autonomía, por ejemplo, cuando la chica que aborta tiene que pedir o comprar el kit específicamente que viene de [una ONG]. Entonces eso yo no lo hago, porque siento que le quita autonomía a la mujer de ir y comprar el misoprostol, que lo puede comprar en la farmacia...

La realidad muestra las complicaciones al tratar de acceder a un paquete que contiene mifepristona para solucionar un problema con un límite de tiempo, lo que es más difícil que la posibilidad que tiene una mujer para ir por cuenta propia a una farmacia y comprar misoprostol. Si bien la logística está centralizada para proteger a las acompañantes fuera de la Ciudad de México, esto puede causar retrasos, pues a veces las pastillas se pierden en la ruta o tardan días, o incluso semanas en llegar. Estas situaciones pueden generar ansiedad en las mujeres y en las acompañantes, o causar complicaciones en el caso de que el embarazo esté avanzado, lo que propicia que las mujeres tengan que viajar a la Ciudad de México para realizar el aborto.

Por último, algunas acompañantes señalan que colocarse como intermediarias para el acceso a la mifepristona las involucra aún más en regímenes de gobernanza reproductiva. En algunos casos, indicaron que el acceso a mifepristona depende del cumplimiento de algunos requisitos colocados por las ONG, como informar el

número de casos para apaciguar las condiciones establecidas por los donantes. Al respecto, una acompañante relató una discusión que tuvo con otras integrantes de una red de acompañamiento, quienes bloquearon su acceso a la mifepristona:

...entonces yo les pregunto, así como qué onda con la mife [mifepristona], como que necesito mife y fue que me dijeron que no, o sea, como que nadie que no perteneciera a la institución podría acceder a la mife y entonces para mí fue como de bueno, ¿entonces de qué se trata? ¿De verdad queremos acompañar los procesos o no? Como que creo que dentro de la legalidad o dentro de las instituciones se sigue eligiendo quién es la buena ciudadana que merece el aborto y de qué manera.

En esta narrativa, la acompañante comparte que el acceso a cierto tipo de aborto está reservado para quienes cumplen con ciertas condiciones de gobernabilidad y por tanto pueden ser consideradas “buenas ciudadanas”. Así, se vigila y se disciplina a la acompañante y también a la mujer que busca abortar. Ambas deben cumplir determinados requisitos, como presentar un ultrasonido, situación en la que profundizo a continuación.

El ultrasonido, ¿herramienta necesaria o tecnología de gobernanza?

A nivel mundial, este procedimiento médico se ha consolidado como un mecanismo clave para la gobernanza de los cuerpos de mujeres embarazadas. Por ejemplo, en los Estados Unidos los mandatos de ultrasonido son parte de un conjunto de leyes que buscan controlar el aborto a través de una regulación excesiva (Denbow, 2015). Además, han fortalecido las condiciones para el reconocimiento de la condición de persona al feto, colocando el cuerpo de la mujer embarazada en la esfera pública y facilitando la vigilancia prenatal (Borzacchiello, 2020; Rapp, 1990). Los ultrasonidos están entrelazados en procesos de gestión biopolítica de los embarazos ejercida por el Estado, los mercados y las interacciones médico-paciente, lo que impacta en la agencia de la mujer en la toma de decisiones reproductivas (Erikson, 2011).

En el caso del uso de ultrasonido en el acompañamiento a abortos, las normas y guías de salud pública tanto nacionales como internacionales solo lo recomiendan

cuando la tecnología esté disponible (Secretaría de Salud, 2019^a; OMS, 2012).⁸ Sin embargo, el ultrasonido está incluido como paso obligatorio en los protocolos de acompañamiento implementados por las ONG en México y ha sido adoptado por muchas acompañantes como parte fundamental del proceso.

Evito centrarme en debatir la necesidad biomédica de los ultrasonidos, con el fin de evidenciar las maneras políticas en que este procedimiento médico es promovido por las instituciones como una marca de profesionalidad y seguridad. En este sentido, las acompañantes que utilizan ultrasonidos se sienten confiadas en su capacidad para convertir cuerpos aparentemente incontrolables, en manejables y con opciones de solución basadas en el diagnóstico. Por lo tanto, ante la mirada de las instituciones, la práctica de acompañamientos que no utilizan ultrasonidos se considera inferior e incluso peligrosa. De este modo, el riesgo se expresa en términos institucionales y se relaciona con la reputación, la responsabilidad legal y la creencia de que se dejaría a las organizaciones “resolver” complicaciones, en caso de que ocurrieran.

En este sentido, uno de los hallazgos derivado de las entrevistas realizadas a acompañantes es que la mayoría utilizaba el ultrasonido por mandato de las ONG que coordinan las redes de acompañamiento a las que pertenecían o que las habían capacitado. Por lo general, quienes acompañan pedían a las mujeres que se realizaran un ultrasonido para confirmar su embarazo antes de continuar con el procedimiento y en algunos casos solicitaban ver el ultrasonido de manera presencial o a través de una imagen enviada por WhatsApp.

Al respecto, las acompañantes expresaron que utilizaron el ultrasonido para asegurar que el embarazo estuviera por debajo del límite de nueve semanas, que el producto estaba “bien implantado” y que no estaban frente a un embarazo ectópico. Algunas otras refirieron que consideraban que el ultrasonido era una forma de determinar la veracidad del embarazo, filtrando a posibles personas “anti-derechos” que pudieran intentar engancharlas.

Asimismo, las acompañantes que dependen de los ultrasonidos expresaron temor de que algo pudiera salir mal si no los solicitaban. El miedo al embarazo ectópico es un ejemplo particular:

Hago todo el acompañamiento en línea y lo primero que se hace es pedir un ultrasonido, para ver que el embarazo, que el saco gestacional está bien implantado en el útero,

⁸ Las guías mexicanas no son específicamente para el aborto autoinducido, sino para el tratamiento del aborto espontáneo y pretenden garantizar el acceso a servicios de salud.

que no hay un embarazo ectópico cervical, por ejemplo. Eso me da mucho miedo. Leí una vez sobre embarazo ectópico cervical y sí me asustó mucho.

En las entrevistas, varias acompañantes también mencionaron el miedo de provocar una hemorragia si se realizaba un aborto con medicamentos en situaciones en las que la mujer tuviera un embarazo ectópico. Durante procesos de capacitación proporcionados por ONG, ese tipo de casos fueron utilizados como justificación para el uso obligatorio de ultrasonidos.

Así, al preguntarle a una médica sobre esta práctica, señaló que el embarazo ectópico es poco común, ocurre en solo 1.5 a 2% de los embarazos (OMS, 2012),⁹ y es raro que se pueda detectar con ultrasonido durante el primer trimestre, cuando se realizan la mayoría de los abortos con medicamentos. Además, indicó que las hemorragias son poco probables en un embarazo ectópico; pero hay mayores posibilidades de que el medicamento no funcione. Por el contrario, la médica afirmó que, en el caso de un embarazo ectópico en el primer semestre, el ultrasonido podría crear una especie de “seguridad falsa”, pues, aunque existiera un embarazo de este tipo es probable que no se identifique en un ultrasonido. Por lo tanto, es importante mencionar que la OMS (2012) también descarta la necesidad de un ultrasonido si una mujer no tiene antecedentes o síntomas de un embarazo ectópico. La informante subrayó que el aborto con medicamentos es una forma muy eficaz de detectar un embarazo ectópico temprano y así proporcionar atención médica a la mujer y como ocurre con cualquier complicación del aborto, y para el caso es preferible que la mujer esté acompañada mientras negocia con el sistema de salud, que hacerlo por su cuenta.

Por otro lado, las acompañantes que no utilizan ultrasonido ponen énfasis en el aborto con medicamentos y el acompañamiento como un proceso centrado en la mujer. Así, la edad gestacional la determinan las propias mujeres y quienes acompañan confían en el conocimiento que tienen de su propio cuerpo. Esto implica que evitan la difusión sensacionalista de que el aborto con medicamentos es una práctica insegura o arriesgada y rechazan la noción de que solo hay una forma de realizar el acompañamiento.

Además, la condicionalidad del ultrasonido como requisito impuesto por las ONG en realidad tiene un efecto secundario no intencionado de crear obstáculos para las mujeres que tienen dificultad para acceder al mismo en ciertos contextos. Por lo general, el ultrasonido se utiliza en contextos clínicos, por lo que las mujeres que

⁹ Las cifras mexicanas corresponden a los globales: entre 1 a 2%.

realizan abortos con medicamentos en casa suelen verse en la necesidad de acudir a un laboratorio privado y pagar por el estudio (Raymond y otros, 2015). Lo anterior impacta en el acceso, pues las acompañantes trabajan en realidades en las que algunas mujeres no pueden pagar los ultrasonidos y son discriminadas o estigmatizadas, o simplemente no hay servicios médicos, como es el caso de las zonas rurales.

En este sentido, una acompañante entrevistada indicó que a pesar de que el protocolo de acompañamiento de su organización exige un ultrasonido, en ocasiones decidía eludirlo ante las realidades de su contexto local y de las mujeres a las que acompaña:

En algunos lugares sí es necesario, porque es posible, en algunos espacios no. [Por] ejemplo, en el contexto de [la capital del estado], pues una mujer sí se puede hacer un ultrasonido, rápido y al rato ya lo tiene, pero en los lugares donde ni siquiera hay laboratorios o lugares donde puedes hacerte un ultrasonido, pues es imposible.

Esta narrativa evidencia que los protocolos son elaborados para contextos institucionalizados y clínicos del Norte Global y no toman en cuenta las brechas de desigualdad que experimentan las mujeres en México.¹⁰

Otro papel central de los ultrasonidos es en la determinación de los límites gestacionales. La mayoría de quienes recibieron capacitación por parte de ONG no acompañan a las mujeres más allá de las nueve semanas de gestación y las canalizan a la Ciudad de México o con alguna acompañante “no institucional” que dé seguimiento a casos de aborto en el segundo o tercer trimestre. Para las acompañantes feministas que ayudan a las mujeres a abortar después del primer trimestre, los límites gestacionales impuestos por el Estado en términos legales y en términos biomédicos por instituciones como la OMS, son mecanismos de gobernanza reproductiva que controlan la conducta reproductiva de las mujeres. Por lo tanto, sienten la responsabilidad ética de no rechazar a ninguna mujer, en particular porque los casos de embarazos más avanzados del primer trimestre implican condiciones de mayor vulnerabilidad (Zurbriggen y otros, 2018). Así, citan una investigación realizada por las Socorristas en Red, que muestra que los medicamentos se pueden usar de manera segura más allá del primer trimestre (Zurbriggen y otros, 2018).

Por último, los hallazgos de mi investigación evidencian que el uso o no del ultrasonido se retoma discursivamente para descalificar la práctica del acompañamiento

¹⁰ Sin duda, también es el caso en varios contextos del Norte Global, cuyos sistemas de salud no tienen cobertura universal o en donde el aborto está criminalizado o estigmatizado.

feminista que se da fuera del ámbito institucionalizado de las ONG. Al referirse a las llamadas “acompañantes autónomas”, una integrante de una red de ONG señaló:

Nosotras les hemos compartido nuestros protocolos con medidas de seguridad, pero a ellas les parece exagerado, a pesar de que nosotras dijimos que es por seguridad de ellas y de las mujeres, muy pocas acceden a esa parte, dicen que con nuestros protocolos estamos imponiendo normas que no abonan. Entonces sí es un poco preocupante, se ponen en riesgo a ellas y a las mujeres, porque para ellas no existe la necesidad de usar un ultrasonido, para nosotras sí porque partimos de la experiencia sobre los riesgos que implica para las mujeres por ejemplo que han pasado por una cesárea y tienen que utilizar el medicamento.

Dado que los riesgos del aborto con medicamentos realizado sin ultrasonido son mínimos (Ellertson y otros, 1997; Raymond y otros, 2015), me pregunto hasta qué punto el uso obligatorio de este procedimiento está vinculado con el deseo de mantener el control a nivel institucional, debido a que las ONG rinden cuentas ante los donantes, los Estados y los marcos y normas de políticas internacionales. Sostengo que los ultrasonidos atraviesan terrenos políticos (Murphy, 2012), por lo que pueden ser una herramienta que facilita la práctica del acompañamiento o de manera inadvertida pueden convertirse en un instrumento de control de la autonomía de las acompañantes y de las mujeres.

Por un lado, el ultrasonido proporciona tranquilidad a las acompañantes y reduce la responsabilidad legal (*liability*) de las ONG, y, por otro lado, el uso obligatorio y excesivo del ultrasonido propicia que las acompañantes reproduzcan y refuercen la hegemonía médica sobre la salud reproductiva de las mujeres. Así, es factible afirmar que excluir a las mujeres a partir de la obligatoriedad del ultrasonido coloca a las acompañantes en la posición de determinar quién puede y quién no puede recibir acompañamiento, lo que las convierte en extensiones del Estado.

Aun cuando en la mayoría de las ocasiones, las mujeres que se consideran no elegibles para el aborto con medicamentos son canalizadas a otras vías para interrumpir los embarazos, su autonomía reproductiva resulta menoscabada. De esta forma, los ultrasonidos se han convertido en un mecanismo de vigilancia para categorizar los cuerpos apropiados y no apropiados. Además, dentro de las estructuras de gobernanza reproductiva, se transforma a las acompañantes en intermediarias y guardianes del acceso al aborto con medicamentos y las promesas relacionadas con la autonomía corporal.

Conclusiones

Entre los hallazgos de mi investigación, identifiqué narrativas en las que se evidencian opiniones distintas y en algunos casos encontradas sobre los protocolos, estas diferencias aparentemente superficiales también son reclamos de legitimidad sobre quién puede acompañar y cómo se debe realizar el acompañamiento. En gran medida, estas tensiones se derivan de la influencia de las ONG, las interpretaciones de las políticas de salud exigidas a nivel mundial y las presiones del financiamiento, que son mecanismos de gobernanza reproductiva globalizada. Por lo tanto, las tensiones relativas a los protocolos apuntan a procesos más amplios de institucionalización de la salud reproductiva de las mujeres. Lo que a primera vista parecen ser debates sobre procedimientos biomédicos, en realidad revelan preguntas sociopolíticas sobre lo que significa el acompañamiento para las feministas y para las mujeres en general.

Las ONG buscan estandarizar el acompañamiento en nombre de la seguridad y la eficacia, pero esto no significa que la práctica del acompañamiento fuera de los contextos institucionales sea *ad hoc* o libertina. En general, en México las acompañantes están altamente capacitadas, tienen conocimientos amplios, están vinculadas en redes de manera efectiva y brindan una atención de aborto de alta calidad. Como dijo una acompañante, “no somos médicas, pero sabemos un chingo [expresión popular mexicana para decir: mucho]”. A nivel mundial, las activistas que promocionan el aborto autogestionado también afirman que los marcos institucionales de calidad de atención no logran captar los altos estándares que la comunidad del aborto autogestionado exige de sí misma (International Women’s Health Coalition, 2019).

Si bien es importante asegurar que el aborto se practique en las mejores condiciones de seguridad para las mujeres, sostengo que la imposición de ciertos protocolos como obligatorios, o la descalificación de métodos alternativos igual de seguros, no es la forma para garantizar esto.

Cuando se analiza estas tendencias a través del concepto de gobernanza reproductiva, se muestra cómo la sobremedicalización del acompañamiento tiene impacto en la autonomía reproductiva y aumenta las brechas de desigualdad interseccionales para algunas mujeres.

Todo lo expuesto y analizado en este capítulo ocurre en un contexto en el cual el Estado transfiere la responsabilidad a las mujeres y a las acompañantes, quienes a través de su trabajo no remunerado buscan garantizar la salud y el bienestar de las mujeres, así como sus derechos reproductivos. En el futuro sería valioso cuestionar hasta qué punto los debates internos sobre protocolos nos hacen perder de vista el panorama más amplio y preocupante sobre lo que significa la autonomía reproductiva en condiciones patriarcales y neoliberales.

Bibliografía

- Allen, Rebecca, and Barbara M. O'Brien, 2009, "Uses of misoprostol in obstetrics and gynecology", en *Obstetrics and Gynecology*. Vol 2, núm. 3, pp. 159-168.
- Álvarez, Sonia E., 1999, "Advocating feminism: The Latin American feminist NGO "boom"", en *International Feminist Journal of Politics*, Vol. 1, núm 2, pp. 181-209.
- Álvarez, Sonia E., 1998, "Feminismos latinoamericanos", en *Estudios Feministas*, Vol. 6, núm 2, pp. 265-284.
- Barbosa, Regina Maria, and Margareth Arilha, 1993, "The Brazilian experience with Cytotec", en *Studies in Family Planning*, Vol. 24, núm 4, pp. 236-240.
- Barcklow D"Amica, Emily Louise y Jessica Reyes Sánchez, 2004, *Guía de acompañamiento de mujeres jóvenes en situación de aborto*. Decidir, Balance, Caja de Herramientas, Mexico.
- Berer, Marge, 2017, "Abortion law and policy around the world: In search of decriminalization", en *Health and Human Rights Journal*, Vol. 19, núm 1, pp. 13-27.
- Bernal, Victoria, y Inderpal Grewal, 2014, *Theorizing NGOs states, feminisms, and neoliberalism*. Duke University Press, EE.UU.
- Borzacchiello, Emanuela, 2020. "El aborto como práctica de control social y el cuerpo como territorio de resistencia", en Lurel Cedeño Peña y Olivia Tena Guerrero (coords), *Interrupción del embarazo desde la experiencia de las mujeres: Aportaciones interdisciplinarias*, Universidad Nacional Autónoma de México-Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, México, pp. 49-61.
- Bronfam, Mario, y Roberto Castro, 1989. "Discursos y práctica de la planificación familiar: El caso de América Latina", en *Saúde Em Debate*, junio 1989, pp. 61-68.
- Castro, Arachu, 2004, "Contracepting at childbirth: The integration of reproductive health and population policies in Mexico", en Arachu Castro y Merrill Singer (eds.), *Unhealthy health policy: A critical anthropological examination*, AltaMira Press, EE.U., pp. 133-144.
- Craven, Christa, y Dána-Ain Davis, 2013, *Feminist activist ethnography counterpoints to neoliberalism in North America*, Lexington Books, EE.UU.
- Denbow, Jennifer M, 2015. *Governed through choice: Abortion, technology and the governance of reproduction*, NYU Press, EE.UU.
- Drovetta, Raquel, 2014, "Acciones feministas en las Líneas de Información Aborto Seguro (LIAS) en Latinoamérica y el Caribe", en Alba Carosio (coord.), *Feminismos para un cambio civilizatorio*, Fundación Celarg, CLACSO, Centro de Estudios de la Mujer, Venezuela, pp. 281-301.
- Dzuba, Ilana G., Beverly Winikoff, y Melanie Peña, 2013. "Medical abortion: A path to safe, high-quality abortion care in Latin America and the Caribbean", en *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, Vol. 18, núm 6, pp. 441-450.

- Ellertson, Charlotte, Batya Elul, y Beverly Winikoff, 1997, “Can women use medical abortion without medical supervision?”, en *Reproductive Health Matters*, Vol. 5, núm 9, pp. 149-161.
- Erikson, Susana L., 2011. “Global ethnography: Problems of theory and method”, en Carole H. Browner y Carolyn F. Sargent (eds.), *Reproduction, Globalization, and the State*, Duke University Press, EE.UU., pp. 23-37.
- Espinosa Damián, Gisela, 2014, “Mujeres indígenas y derechos reproductivos: Fraguando modernidades alternativas”, en Mágina Millán (coord.), *Más allá del feminismo: Caminos para andar*, Red de Feminismos Descoloniales, México, pp. 247-276.
- Fischer, Amalia. E, 2005, “Los complejos caminos de la autonomía”, en Ochuy Curiel, Jules Falquet, y Sabine Masson (coords.), *Feminismos disidentes en América Latina y el Caribe*, Vol. 2, Ediciones fem-e-libros, México, pp. 54-74.
- Gargallo, Francesca, 2006, *Ideas feministas latinoamericanas*, Universidad de la Ciudad de México, México.
- Gleeson, Kate, 2014, “The limits of “choice”: Abortion and entrepreneurialism”, en M. Nash (ed.), *Reframing reproduction: Conceiving gendered experiences*, Palgrave Macmillan, Reino Unido, pp. 69-83.
- Guerra Gardida, Nadia Helena, 2019, *El acompañamiento feminista durante el proceso de aborto: La construcción de un manual sororario a partir de las experiencias y voces de las mujeres que acompañan*, Tesis de Maestría, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, México.
- International Women’s Health Coalition. (2019). Supporting women to self manage abortion: Informal community care practices and the considerations for health systems, [manuscrito no publicado].
- Jelinska, Kinga, y Susan Yanow, 2018. “Putting abortion pills into women’s hands: Realizing the full potential of medical abortion”, en *Contraception (Stoneham)*, Vol. 97, núm 2, pp. 86-89.
- Magnani, Rocio, 2012, “La despenalización viene en píldoras”, en *El Cruce de Diciembre*. <https://auno.org.ar/la-despenalizacion-viene-en-pildoras/>, consultada: 14 de octubre, 2020.
- Millar, Erica, 2017, *Happy abortions: Our bodies in the era of choice*, Zed Books, Reino Unido.
- Morgan, Lynn M., y Elizabeth F. S. Roberts, 2012, “Reproductive governance in Latin America”, en *Anthropology & Medicine*, Vol. 19, núm 2, pp. 241-254.
- Murphy, Michelle, 2012, *Seizing the means of reproduction: Entanglements of feminism, health, and technoscience*. Duke University Press, EE.UU.
- Ngoc, Nguyen Thi Nhu, Jennifer Blum, Sheila Raghavan, Nguyen Thi Bach Nga, Rasha Dabash, Ayisha Diop, y Beverly Winikoff, 2011, “Comparing two early medical abortion regimens: Mifepristone+misoprostol vs. Misoprostol alone”, en *Contraception*, Vol. 83, núm 5, pp. 410-417.

- Ortiz-Ortega, Adriana, 2019, *Si los hombres se embarazan, ¿el aborto sería legal? Las feministas ante la relación Estado-Iglesia católica en México (1871-2000)*, Edamex-Population Council, México.
- Petchesky, Rosalind, 1995, "From population control to reproductive rights: Feminist fault lines", en *Reproductive Health Matters*, Vol 6, pp. 152-161.
- Rapp, Ranya, 1990, "Constructing amniocentesis: Maternal and medical discourses", en F. Ginsburg y A. Lowenhaupt Tsing (eds.), *Uncertain terms: Negotiating gender in American culture*, Beacon Press, EE.UU., pp. 28-42.
- Raymond, Elizabeth G., Daniel Grossman, Ellen Wiebe, y Beverly Winikoff, 2015. "Reaching women where they are: Eliminating the initial in-person medical abortion visit", en *Contraception*, Vol. 92, núm 3, pp. 190-193.
- Rose, Nicolas, 1999, *Powers of freedom: Reframing political thought*. Cambridge University Press, Reino Unido.
- Santarelli, Maria Natalia, y Claudia Cecilia Anzorena, 2017, "Los socorristos y las disputas de sentidos sobre el aborto voluntario: Consideraciones teóricas desde una perspectiva del feminismo crítico", en *Descentrada. Revista Interdisciplinaria de Feminismos y Género*, Vol. 1, num 1, e008, (http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7721/pr.7721.pdf), consultada: 1 de noviembre, 2020.
- Secretaría de Salud, 2009a, Diagnóstico y Tratamiento del Aborto Espontáneo y manejo inicial de Aborto Recurrente (www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html), [consultada: 22 de marzo, 2021].
- Secretaría de Salud, 2009b, Diagnóstico y tratamiento de embarazo tubario, (www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html), [consultada: 22 de marzo, 2021].
- Singh, Susheela, Lisa Remez, Gilda Sedgh, Lorraine Kwok, y Tsuyoshi Onda, 2018, "Abortion worldwide 2017: Uneven progress and unequal access". Guttmacher Institute, (<https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>), [consultada: 27 de diciembre, 2018].
- Sunder Rajan, Kaushik, 2017, *Pharmocracy: Value, politics, and knowledge in global biomedicine*. Duke University Press. EE.UU.
- Winikoff, Beverly, y Sheldon, Wendy, 2012, "Use of medicines changing the face of abortion", en *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 38, núm 3, pp. 164-166.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2012, *Medical management of abortion*. (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/en/>), [consultada: 13 de enero, 2019].
- Zurbriggen, Ruth, Brianna Keefe-Oates, y Caitlin Gerdt, 2018, "Accompaniment of second-trimester abortions: The model of the feminist Socorrista network of Argentina", en *Contraception*, Vol. 97, núm 2, pp. 108-115.

5. “Velamos por su seguridad”.

Acompañantes de abortos seguros y seguridad de las acompañantes en México

SUZANNE VELDHUIS
GEORGINA SÁNCHEZ-RAMÍREZ
BLAIR G. DARNEY

Resumen

Este capítulo se base en los resultados de una investigación cualitativa que analizó la seguridad de diversos modelos de acompañamiento en tres regiones en México (Baja California, Chiapas y Ciudad de México). Identificamos tres tipos de acompañantes (de colectivas feministas, de ONG y autónomas), describimos como llegaron a ser “buenas acompañantes”, y detallamos las distintas prácticas de acompañamiento de acuerdo con los tres tipos. Encontramos una relación inversa entre el riesgo personal para las acompañantes y la seguridad holística que brindan para las mujeres acompañadas; los abortos con las acompañantes autónomas entrevistadas en esta investigación son los más seguros en un sentido holístico para las mujeres acompañadas, y a la vez los menos seguros para las acompañantes. Por último, detallamos los riesgos y consecuencias personales para las entrevistadas debidos a los contextos inseguros donde se encuentran, incluyendo el contexto legal de la Ciudad de México. Concluimos que la despenalización

y desestigmatización del aborto son indispensables para poder aumentar la seguridad de las personas involucradas en interrupciones voluntarias de embarazos.

Palabras clave: aborto con medicamentos, acompañantes, colectivas feministas.

Introducción

Con origen en los años 80 del siglo xx, el aborto con medicamentos¹ actualmente se ha convertido en uno de los métodos seguros para interrumpir un embarazo recomendados por la Organización Mundial de Salud (OMS). En consecuencia, el cambio más importante se ha dado en el panorama del aborto clandestino; ya no es necesario recurrir a métodos invasivos y potencialmente peligrosos, ya que los medicamentos pueden ser autogestionados, lo cual permite a las mujeres² realizar abortos sin intervención de instituciones como el Estado o el sistema de salud. Hay evidencias que sugieren que este cambio es uno de los elementos que ha disminuido la morbilidad como consecuencia de abortos ilegales (que antes eran en su mayoría en condiciones de inseguridad) en las últimas tres décadas, especialmente en Latinoamérica (Singh *et al.*, 2018).

Existen varias formas de aborto autogestionado con medicamentos; bajo supervisión de diferentes tipos de proveedores, con uso de telemedicina,³ de manera autónoma a solas, o con acompañantes (Veldhuis, 2020). Estas distintas prácticas pueden ser efectivas y seguras si cumplen con ciertas condiciones mínimas, como el contar con la información necesaria y el acceso a servicios de salud en caso de requerirlos por alguna complicación (World Health Organization, 2020).

¹ El aborto con medicamentos consiste en un régimen combinado de mifepristona y misoprostol, o de un régimen de misoprostol solo.

² Reconocemos que también personas que no se identifican como mujer pueden tener experiencias de aborto. Sin embargo, optamos por utilizar este término, ya que todas las acompañantes entrevistadas refieren a las mujeres acompañadas como tal.

³ La telemedicina es definida como “la práctica de la atención médica con la ayuda de comunicaciones interactivas de sonido, imágenes y datos; ello incluye la prestación de asistencia médica, la consulta, el diagnóstico y el tratamiento, así como la enseñanza y la transferencia de datos médicos” (Organización Mundial de la Salud, 1997).

A lo largo de la historia las mujeres han acompañado a otras mujeres durante sus abortos y partos (Federici, 2004). El acompañamiento de abortos con medicamentos por parte de activistas o *acompañantes* es una práctica que surgió por necesidad en países con legislaciones restrictivas, especialmente en Latinoamérica, donde no había (y en muchos casos aún no hay) acceso a abortos seguros en contextos clínicos. A partir de la primera década del siglo XXI, surgieron redes de activistas (muchas de ellas involucradas en otras luchas principalmente feministas), dedicadas a la divulgación de información con evidencia científica y dirigida a las necesidades de las mujeres, además del acompañamiento de mujeres en el proceso del aborto (Drovetta, 2015; Erdman *et al.*, 2018; Ramos *et al.*, 2015).

Las publicaciones sobre el tema están enfocadas principalmente en modelos desarrollados por organizaciones no gubernamentales y colectivas feministas⁴ establecidas, como el modelo de las *hotlines* o líneas telefónicas, las cuales son una versión amigable de servicios convencionales de telemedicina, sin el involucramiento de personal sanitario, y por definición no forman parte del sistema oficial de salud (Drovetta, 2015).

Otros modelos de acompañamiento son el de las Libres⁵ en Guanajuato, México (Singer, 2019), y el modelo de las Socorristas en Red en Argentina (Maffeo *et al.*, 2015), con una larga trayectoria, y modelos de acompañamientos de abortos en segundo trimestre (Gerdtts *et al.*, 2018; Moseson, Bullard, *et al.*, 2020; Zurbriggen *et al.*, 2018). Las evidencias sugieren que los abortos acompañados por medio de estos distintos modelos son seguros y efectivos. Seguramente por ello, en los últimos años se han incrementado las iniciativas de acompañantes, con una gran diversidad, incluyendo las que no pertenecen a una organización; sin embargo, aún no hay suficiente información publicada sobre ellas (Revilla, 2020).

En este capítulo describimos varios tipos de acompañantes y las diferencias entre ellas que influyen en la seguridad de las mujeres acompañadas y de las acompañantes en sí. Consideramos que un aborto tiene que ser seguro en un sentido holístico para todas las personas involucradas; garantizando además del bienestar físico, el bienestar emocional, y la seguridad social y legal (Sedgh *et al.*, 2016). Por lo tanto, para evaluar la seguridad de las acompañantes consideramos pertinente evaluar: 1)

⁴ Una colectiva feminista es una agrupación social que centra su trabajo en el apoyo a otras mujeres basándose en conocimientos y acciones heredados de los feminismos.

⁵ Las Libres es una asociación civil feminista en Guanajuato "para promover y defender los Derechos Humanos de las Mujeres, exigir el cumplimiento y garantía de todos los Derechos para todas las mujeres del estado de Guanajuato y de todo el país" (las Libres).

el riesgo legal al realizar una actividad al margen de la ley (Casas & Vivaldi, 2014; Singer, 2019), 2) el riesgo físico, ya que personas defensoras de derechos humanos a menudo son víctimas de violencia (Ipas CAM/safe2choose, 2021; ONU México, 2019), y 3) el riesgo del desgaste emocional (Ipas CAM/safe2choose; Ortiz, 2010).

Métodos

Los resultados analizados en este capítulo son parte de un estudio cualitativo que desde un enfoque de género y salud evaluó la seguridad de los abortos acompañados por las acompañantes entrevistadas (Veldhuis, 2020). La investigación fue realizada en tres regiones mexicanas, incluyendo dos contextos restrictivos: Chiapas (Frontera sur) y Baja California (Frontera norte); así como Ciudad de México (Centro del país), donde desde 2007 el aborto es legal por voluntad de la mujer hasta las 12 semanas y es ofertado tanto en clínicas públicas como en privadas.

Gracias a la etnografía feminista⁶ se logró comprender las dinámicas que se generan entre mujeres en procesos de interrupción de embarazos no deseados, al margen de la medicina hegemónica, y a la vez evaluar las posibilidades que tiene esta opción como método de aborto seguro, no solamente para las mujeres acompañadas sino también para las mismas acompañantes (Blázquez Graf, 2008; Castañeda Salgado, 2012).

Chiapas es un estado rural con el índice de desarrollo humano (IDH) más bajo del país (0.667) (PNUD, 2015). En contraste, Baja California y la Ciudad de México son entidades más urbanas y tienen índices de desarrollo altos (0.776 y 0.830 respectivamente) (PNUD, 2015). En Chiapas, al igual que en otros estados con legislaciones restrictivas, los niveles de estigma son altos, basado en ideas sobre la maternidad y roles de género hegemónicos alineados a discursos católicos atávicos (Sorhaindo *et al.*, 2014). Baja California es el estado con la tasa más alta de denuncias por aborto, posiblemente derivado de su perfil político más conservador (GIRE, 2018). La Ciudad de México es políticamente un caso aparte, ya que ha tenido administraciones más liberales y hay posiblemente menos influencia del discurso católico y opiniones

⁶ La etnografía feminista “consiste en elaborar explicaciones e interpretaciones culturales que partan de las mujeres colocadas en determinados contextos de interacción (...) se la distingue de otras etnografías precisamente por problematizar la posición de las mujeres al dejar de considerarlas solo como informantes para (...) y considerarlas creadoras culturales”, además de que se opone al positivismo y el androcentrismo de etnografías y teorías antropológicas clásicas (Castañeda Salgado, 2012: 221-222.).

mucho más abiertas en favor del derecho para decidir de las mujeres, aunque siga preexistiendo la estigmatización del aborto en la cultura mexicana (Díaz Olavarrieta *et al.*, 2020; Sorhaindo *et al.*, 2014).

Los tipos de acompañantes

En este estudio, con la finalidad de comparar sus experiencias, se distinguen tres tipos de mujeres definidas como “acompañante de aborto con medicamentos”.

Las colectivas, son definidas como acompañantes que pertenecen a una colectiva feminista que realiza acompañamientos de mujeres que desean abortar. Las colectivas de las acompañantes entrevistadas se dedican principalmente al tema del aborto. Al respecto existen publicaciones previas que describen modelos de acompañamiento, por medio del manejo de líneas telefónicas y otras prácticas de colectivas feministas, en diversos contextos (Drovetta, 2015; Maffeo *et al.*, 2015; Moseson, Jayaweera *et al.*, 2020; Singer, 2019; Zurbriggen *et al.*, 2018).

Las de ONG son definidas como acompañantes que son activas como voluntarias para organizaciones no-gubernamentales que se dedican a temas relacionados a los derechos sexuales y reproductivos, entre ellos el acceso a un aborto seguro. Aunque las acompañantes no reciben ninguna remuneración, sí forman parte de organizaciones profesionales que cuentan con un financiamiento tanto a nivel nacional como internacional, que les aseguran, por ejemplo, el acceso a ciertos medicamentos. El acompañamiento por parte de activistas de ONG en México recientemente ha sido descrito como una práctica segura (Juárez *et al.*, 2019).

Las autónomas son definidas como acompañantes que no pertenecen a ninguna organización o colectiva dedicada al acompañamiento, y que realizan estos procesos por sus propios medios e iniciativa, aunque frecuentemente sí están en contacto con otras acompañantes. Hasta donde pudimos distinguir, es la primera vez que se reconoce y entrevista a acompañantes de esta categoría en una investigación desde el enfoque de género y salud en México.

Recolección de datos

Entre el 18 de diciembre 2019 y el 27 de febrero 2020, se realizaron 14 entrevistas semiestructuradas con activistas que acompañan a mujeres que abortan con medicamentos en 3 diferentes estados del país, contrastando experiencias de Baja-California (5) Chiapas (5) y Ciudad de México (4). Las acompañantes fueron identificadas con

la técnica de bola de nieve, partiendo del conocimiento previo de varias de ellas por parte de la investigadora principal (proveedora de abortos y activista feminista). La búsqueda fue intencional, con el fin de identificar acompañantes de los tres tipos previamente mencionados en las regiones de estudio.

Las entrevistas fueron realizadas de manera confidencial previo consentimiento informado. Las entrevistas en Chiapas fueron realizadas en persona, y por videoconferencia con las acompañantes en Baja California y la Ciudad de México con uso de telecomunicación (Skype, FaceTime, WhatsApp) con una duración de entre 45 y 120 minutos. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas para el análisis. Las participantes proporcionaron algunos datos sociodemográficos que pueden apreciarse en la tabla 1.

Los nombres de las entrevistadas fueron cambiados y los nombres de las colectivas feministas, organizaciones y ubicaciones exactas fueron omitidas también para protección de todas las participantes. La investigación tuvo la aprobación del Comité de Ética para la Investigación (CEI) de El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR).⁷

Análisis de datos

El enfoque de género y salud permitió analizar estrategias de salud desarrolladas por las propias mujeres que enfrentan desigualdades derivadas de las asimetrías entre los géneros (Sánchez-Ramírez, 2010), como es el caso de las acompañantes de mujeres que abortan con medicamentos.

El análisis de las narrativas fue un proceso tanto deductivo como inductivo. Comparamos las experiencias de los tres tipos de acompañantes de acuerdo a cuatro categorías *a priori*. El primer tema, “Convertirse en una buena acompañante” describe cómo las participantes llegaron a ser acompañantes. Con la descripción del “Protocolo” evaluamos la seguridad de sus acompañamientos para las mujeres acompañadas, y finalmente por medio de las categorías “Consecuencias personales” y “Factores que influyen la seguridad de las acompañantes” evaluamos la seguridad para ellas mismas. No obstante, se identificaron varios subtemas emergentes. Se capturaron citas relevantes para la respuesta de la pregunta de investigación en el programa Excel sobre las categorías previamente creadas. Posteriormente se rea-

⁷ Para mayor información sobre el Comité de Ética para la Investigación de ECOSUR consultar <http://www.ecosur.mx/sitios/images/stories/archivos/intranet/CEI/folletocei2010.pdf>

lizó una codificación abierta y axial para ajustar, adaptar, modificar y crear nuevas categorías (Strauss & Corbin, 2002).

Resultados

En el primer tema *a priori* describimos cómo y porqué las participantes empezaron a acompañar, en qué medida han sido capacitadas y qué consideraron ellas características de una buena acompañante, lo cual fue un subtema emergente. La descripción del protocolo fue un tema *a priori*, al igual que las consecuencias personales de ser acompañante y los subtemas (criminalización, estigmatización, violencia, e impacto emocional).

En el último tema detallamos varios factores que influyen en la seguridad de las acompañantes en un sentido holístico (la seguridad legal, social, física y emocional). La subcategoría (*a priori*) "pública o privada" describe la diferencia entre las entrevistadas en cuanto a la visibilidad de sus acompañamientos, y cómo esta medida de la visibilidad influye en la seguridad. Definimos una 'acompañante pública' como una activista que difunde y comenta abiertamente (en redes sociales, entrevistas, eventos presenciales) que es acompañante, y una 'privada' como una acompañante que realiza sus acompañamientos con más secrecía, o sin hablarlo explícitamente en espacios públicos. Tres subcategorías emergentes describen el manejo de un cierto discurso, el tomar ciertas medidas prácticas al acompañar y el contar con redes de aliadas como medidas de protección. La última subcategoría "autocuidado" fue de nuestro interés *a priori* ya que suele ser un tema importante en capacitaciones de acompañantes y activistas feministas (Ortiz, 2010).

Perfil de las participantes

La mayoría de las acompañantes entrevistadas eran mujeres solteras, laicas, profesionistas, entre los 25 y 35 años de edad, con estudios a nivel licenciatura e incluso posgrado (tabla 1), lo cual es similar al reporte último de una encuesta internacional entre proveedoras y acompañantes de aborto de Ipas (Ipas CAM/safe2choose, 2021). Todas se describieron como feministas y se definieron como activistas más allá de los acompañamientos que realizan, en temas diversos como violencia contra las infancias y las mujeres, periodismo feminista, derechos sexuales y reproductivos, política feminista, feminicidios, arte, conservación ambiental, defensa del territorio, ecofeminismo y la lucha por el agua.

Tabla 1. Características generales de las participantes en el estudio o *acompañantes*

REGIÓN	ID	TIPO DE ACOMPAÑANTE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	HABLA LENGUA ORIGINARIA
Baja California	Carla	Colectiva	36	Maestría	Psicóloga	No
	Cintha	Colectiva	65	Maestría	Maestra jubilada	No
	Carolina	Colectiva	25	Licenciatura	Estudiante + mesera	No
	Clarisa	Colectiva	35	Licenciatura	Activista + artesana	No
	Claudia	Colectiva	29	Especialización	Consultora	No
CDMX	Ana	Autónoma	37	Maestría	Consultora	No
	Andrea	Autónoma	30	Licenciatura	Periodista	No
	Aurora	Autónoma	26	Licenciatura	Área administrativa	No
	Olivia	ONG	35	Posgrado	Trabajadora social	No
	Clementina	Colectiva	25	Licenciatura	Estudiante + paramédica	No
Chiapas	Anahí	Autónoma	36	Maestría	Consultora	No
	Ofelia	ONG	25	Maestría	Estudiante	No
	Cloe	Colectiva	42	Maestría	Derechos humanos	No
	Otilia	ONG	30	Licenciatura	Trabajadora A. C.	Sí

5. "VELAMOS POR SU SEGURIDAD". ACOMPAÑANTES DE ABORTOS SEGUROS Y SEGURIDAD DE LAS...

RELIGIÓN	ESTADO CIVIL	NÚM. DE HIJOS	FEMINISTA	ACTIVISTA	AÑOS DE ACOMPAÑANTE	NÚMERO DE ACOMPAÑAMIENTOS	AL AÑO APROX.
No	Soltera	0	Sí	Sí	4	12 a 15 por año	13.5
Creo en Dios	Divorciada	2	Sí	Sí	4	1 a 2 por mes	18
No	Soltera	0	Sí	Sí	0.5	1 a 2 por mes	18
No	Soltera	0	Sí	Sí	4	15 a 20 por mes	210
No	Soltera	0	Sí	Sí	2	5 a 12 por mes	102
No	Unión libre	0	Sí	Sí	12	6 a 10 por año	8
No	Soltera	0	Sí	Sí	3	20 por año	20
No	Soltera	0	Sí	Sí	3	15 por año	15
No	Soltera	0	Sí	Sí	10	60 en 10 años	6
No	Soltera	0	Sí	Sí	5	4 a 5 por semana	216
No	Unión libre	0	Sí	Sí	5	1-2 por año	1.5
No	Soltera	0	Sí	Sí	10	500 en 10 años	50
No	Casada	1	Sí	Sí	4	1 a 30 por mes	186
No	Unión libre	0	Sí	Sí	3	2 a 5 por mes	42

Tabla 2. Temas y subtemas

1) Convertirse en una buena acompañante	2) El protocolo	3) Consecuencias personales para las acompañantes	4) Factores que influyen en la seguridad para las acompañantes
Convertirse en acompañante		Criminalización	Pública o privada
Capacitación		Estigmatización y violencia	Discurso
Ser una buena acompañante		Impacto emocional	Medidas prácticas
			Redes de aliadas
			Autocuidado

Las entrevistadas en Baja California pertenecieron todas a distintas colectivas feministas. Las entrevistadas no identificaron una presencia de ONG que ofrezcan acompañamientos, tampoco a acompañantes autónomas en el estado.

En la Ciudad de México se identificaron principalmente acompañantes autónomas. Aunque existen ahí varias ONG que realizan acompañamientos en otros estados, se logró entrevistar solamente a una acompañante de ellas, que ya no realizaba acompañamientos al momento del estudio. Se notó poca visibilidad de colectivas feministas que laboran el tema en la Ciudad de México, la única que se logró identificar se acababa de formar. Finalmente, en Chiapas sí se logró entrevistar a acompañantes de los tres tipos.

Convertirse en una buena acompañante

En esta categoría describimos dos trayectos para que las entrevistadas se convirtieran en acompañantes: cómo se capacitaron y qué consideraron ellas características de una buena acompañante.

Convertirse en acompañante

Identificamos dos vías para convertirse en acompañante. El trayecto más común consistió en empezar a acompañar de manera autónoma con la información mínima indispensable sobre el protocolo de los medicamentos según sus propias indagaciones en Internet.

"Empecé primero acompañando a una amiga con mis propios medios e información que encontrábamos en Internet, de la OMS, y luego a más amigas y se fue corriendo la voz de que yo acompañaba y me empezaron a llegar solicitudes de conocidas o de otras chicas en Facebook" (Andrea - CDMX).

Las entrevistadas que iniciaron de esta manera, no recibieron capacitaciones ni realizaron enlaces con otras acompañantes u organizaciones hasta después, lo cual propició que las circunstancias de estos primeros acompañamientos no fueran óptimas y se vivieran con miedo e incertidumbre.

"No lo tenía previsto, ¿Quién a los 15 años se levanta y dice 'hoy quiero ser acompañante?' Una chica con la que me llevaba muy bien me dijo que tenía problemas y que quería que yo le ayudara. Buscamos cómo hacerlo en internet, encontramos un protocolo que era del misoprostol de doce pastillas. No venían los efectos secundarios, lo que hay que esperar, los signos de alerta, nada; entonces ese acompañamiento yo lo sufrí horriblemente. [La chica] se puso como gris del dolor... Se veía toda llena de venitas, y temblaba, entonces yo pensaba: 'se va a morir y qué voy a hacer'. Le decía por favor hay que llamar una ambulancia y ella me decía que no: 'si me muero tú vete a tu casa y me dejas aquí, porque prefiero eso a que mi mamá se entere que estoy embarazada'. Fue una experiencia súper impactante" (Ofelia - CH).

Este fue el caso de la mayoría de las acompañantes autónomas y las que iniciaron como autónomas y después decidieron juntarse con una colectiva u ONG. Ellas mencionaron que el pertenecer a una organización les permite hacer mejores acompañamientos, ya que brinda ciertas ventajas y seguridad para sí mismas y para las mujeres que son acompañadas, como por ejemplo la posibilidad de ofrecerles un apoyo económico.

En contraste, la segunda vía identificada consistió en la capacitación previa a realizar acompañamientos, lo que derivó en un mayor respaldo y apoyo que da una seguridad más amplia tanto para las mujeres acompañadas como para las acompañantes.

"Las primeras veces fui con mucho miedo, pero muy seguras de los conocimientos que habíamos adquirido y además muy seguras de que estábamos en red y como cualquier cosa que no entendiéramos o no pudiéramos responder nosotras mismas, inmediatamente nos comunicábamos y hay mucha respuesta, muy rápida" (Cinthy - BC).

Casi todas las acompañantes en colectivas y ONG iniciaron de esta manera; inclusive, varias de las colectivas en Baja California se formaron a partir de una capacitación brindada por una ONG nacional.

La mayoría de las entrevistadas comentaron sobre las razones o experiencias por las cuales decidieron ser acompañantes. Algunas mencionaron que empezaron a acompañar porque observaron una necesidad social. Otra de las razones más comunes fue el hecho de haber presenciado un aborto bajo condiciones poco dignas, lo cual las hizo pensar en que otra manera de abortar debería ser posible.

“Una vecina me pidió que la acompañara. La enfermera explicó a mi amiga cuál iba a ser el procedimiento y fue tan explícita en decirle que la iban a abrir, le iban a poner una trompa de pato en la vagina, le iban a raspar, empezó con la carga moral de decirle: ‘en algunos casos las mujeres logran escuchar cuando el bebé que están matando dice no, no, no’ y entonces mi amiga salió de ahí, dijo que no se lo iba a hacer porque Dios la iba a castigar y su bebé ya sentía que ella lo odiaba. Nos fuimos y terminamos yendo con una enfermera que le hizo un aborto con sonda y abortó, pero de ahí me quedó el gusanito de decir ‘debe de haber otras formas, así, no’” (Cloe - CH).

Capacitación

Las acompañantes autónomas entrevistadas, refirieron ser capacitadas principalmente de forma autodidacta con información del internet, aunque varias de ellas posteriormente participaron en algún “Encuentro de acompañantes” donde recibieron capacitaciones sobre una variedad de temas. Dos de ellas habían presenciado talleres sobre el aborto cuando trabajaron en puestos administrativos en clínicas que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva. Las acompañantes de las ONG fueron ampliamente capacitadas en varios temas relacionados al aborto y para ser acompañantes de acuerdo con los protocolos de las mismas organizaciones.

“Con [la organización] recibí una capacitación más específica en el tema de acompañamiento con medicamentos y en toda la cuestión del protocolo de seguridad. Fueron como unas siete, [capacitaciones] fueron muchas y de muy diversos temas también” (Otilia – CH).

Las acompañantes de las colectivas se capacitaron ampliamente por parte de varias organizaciones y colectivas, y buscan activamente capacitarse y capacitar a otras, tanto en temas médicos, como en temas legales, emocionales y feministas,

entre otros. Tanto las ONG como las colectivas forman parte de redes nacionales e internacionales donde se fortalecen con el intercambio de información.

Ser una buena acompañante

Las entrevistadas mencionaron la importancia de ser capacitadas, proporcionar la información correcta, conocer los protocolos médicos y tener protocolos de seguridad.

“Hay que ser muy responsable con los acompañamientos, es decir, yo creo que nadie que no haya recibido una capacitación adecuada, extensa, que cuente con todos los elementos, no tendría que hacer acompañamientos. El año pasado estuve en un Encuentro de aborto, y me parece grave que no todas las personas que hacemos acompañamiento estamos manejando el mismo protocolo, pero además como cosas básicas [no lo hacían]. También me di cuenta de que había compañeras que hacían acompañamiento con mucho miedo” (Ana – CDMX).

Algunas de ellas consideraron que no cualquiera que acompaña debería hacerlo; varias reconocieron que cuando ellas empezaron a acompañar no siempre fue bajo condiciones de seguridad, ni para ellas ni para las mujeres acompañadas. Como mencionamos previamente, para algunas esta fue la razón para integrarse a una organización o colectiva.

Todas concidieron en la opinión de que el ser acompañante es más que dar información sobre el protocolo médico.

“Que está siendo acompañada, se vela por su seguridad, su comodidad (...) que el proceso sea lo más amoroso posible, con cuidados y con acompañamiento emocional” (Andrea – CDMX).

También mencionaron que el ser acompañante implica una responsabilidad que incluye la capacitación, la actualización continua y el compartir experiencias. Consideraron que hoy en día hay más posibilidades para informarse y capacitarse como acompañantes que cuando ellas iniciaron.

“Al darle información tenemos una responsabilidad, de informarnos, de documentarnos, porque al final una mujer que te escribe y quiere interrumpir su embarazo, está poniendo sobre ti esa carga que ella siente y se quiere sentir acompañada; yo creo que tenemos una responsabilidad como acompañantes de estar investigando, compartiendo las experiencias con las otras porque no puedo ser acompañante nada más porque

lo leí en el internet, no... Yo conozco a muchas chicas que se nombran acompañante y cuando les pregunto del protocolo que usan me dicen: ‘pues mira, en el internet encontré que, ahí sí me parece algo hasta irresponsable’ (Cloe – CH).

Varias mencionaron que el reconocimiento de sus límites como acompañantes es indispensable tanto para la seguridad de ellas mismas como para las mujeres acompañadas.

“No sabía poner un límite, creo que después vas aprendiendo como explicarle a la chica que acompañas que es lo que sí puede esperar de ti y que expectativas tiene que desear” (Aurora – CDMX).

Esto también es un elemento que opera a favor de su propio autocuidado como acompañantes.

El protocolo

Con ‘protocolo’ nos referimos al manual o los lineamientos que las acompañantes utilizan para guiar el procedimiento del aborto, en donde se describen los pasos y las características del proceso, lo cual es indispensable para garantizar la seguridad física de las mujeres acompañadas. Es importante mencionar que los acompañamientos descritos en esta investigación cumplen con las recomendaciones de la OMS para el aborto seguro con medicamentos (Veldhuis *et al.*, 2020). En esta categoría describimos las diferencias en el uso del protocolo entre las entrevistadas.

Las acompañantes autónomas suelen basarse en los protocolos para el aborto seguro de la OMS y manuales de colectivas feministas de otros países que encontraron en el internet, adaptándolos a su contexto, preferencia y experiencia individual. En contraste, las acompañantes de las ONG utilizan protocolos elaborados por la misma organización a la cual pertenecen. Las colectivas manejan protocolos que ellas mismas desarrollaron fundamentados en protocolos institucionales, de ONG, de otras colectivas y sus propias experiencias; cada colectiva cuenta con un protocolo propio.

“Tenemos un protocolo escrito que lo basamos un 85% en el de la OMS, el trabajo de hacer el protocolo, lo hicimos entre todas y es algo que va cambiando con el tiempo, conforme nos dan más información diferentes personas” (Caro – BC).

El primer contacto, cuando se proporciona la información y la mujer decide abortar con las acompañantes, siempre es virtual. La mayoría de las entrevistadas autónomas refirió hacer una cita presencial posteriormente, tanto para seguridad de ellas mismas como para la seguridad y comodidad de las mujeres acompañadas. Algunas entrevistadas de las colectivas, y una acompañante de una ONG, mencionaron hacer contactos presenciales en casos específicos.

“Nos quedamos de ver. ¿Por qué? Porque ahí me presento. Es importante vernos físicamente, también para que tengan la confianza, de quién se les está dando, y de quién soy” (Anahí – CH).

Todas las acompañantes entrevistadas refirieron recomendar el ultrasonido para descartar un posible embarazo ectópico, y utilizan la fecha de la última regla para confirmar las semanas de gestación. Sin embargo, las acompañantes autónomas y colectivas mencionaron que no insisten en la realización del ultrasonido, si las mujeres no pueden o quieren hacérselo se realiza el acompañamiento de todos modos. En contraste, para las ONG el ultrasonido previo es obligatorio para confirmar las semanas de gestación y descartar el embarazo ectópico.

“Le pedimos el ultrasonido, para nosotras es necesario, para el protocolo de [la organización]” (Otilia – CH).

La mayoría de las participantes pueden facilitar el acceso a la mifepristona por medio de un proveedor privado (una ONG internacional). Llama la atención que dos de las cuatro acompañantes autónomas entrevistadas no tenían conocimiento de la existencia de este proveedor y acompañan a las mujeres con misoprostol solo.

La mitad de las acompañantes autónomas entrevistadas realizan acompañamientos durante el aborto presencial de manera muy holística, ya que cuidan varios aspectos del bienestar de las mujeres, y a veces ofrecen hasta su propia casa o espacio para realizar el procedimiento.

“Les pido que por favor se tomen unos días antes una tintura que a veces yo hago y otras veces compro que es para reforzar el sistema inmune, les pido que estén comiendo más saludable, mucho hierro, mucha verdura y que estén tomando mucha agua, a veces les pido que tengan varios días con este régimen, y después nos vemos para ir a su casa y ahí las estoy acompañando, toman el medicamento, les voy monitoreando, checando la temperatura, estoy ahí con ellas... acompañándolas. Les doy a veces un masajito, les

estoy acercando el agua, cocino algo, a veces cenamos antes de tomar el medicamento. Cuando no quieren que vaya con ellas, cuando quieren hacerlo solas, lo que hago es igual... monitoreando todo el tiempo cómo se sienten, cómo van, si necesitan algo, checando mucho.... Me parece muy importante para que ellas se sientan seguras. Trato de mantener una comunicación activa. Cuando las acompaño en su casa me voy hasta que todo esté más tranquilo, y sigo en comunicación; cuando no las acompaño [presencial], después nos vemos, cuando ya se sienten mejor, platicamos sobre cómo estuvo todo, cómo se sienten, que síntomas siguen teniendo, algunas preguntan sobre el cuidado, cuándo pueden volver a tener sexo, cuándo puedo trabajar, después es una comunicación por mensajes o llamada (Aurora – CDMX).

En contraste, las acompañantes de ONG realizan los acompañamientos durante el proceso únicamente de manera virtual.

“Ellas solicitan información, se les informa acerca de las opciones que tienen, si les sirve esta opción del aborto con medicamentos se les da la opción de que se les pueda acompañar vía teléfono celular. Entonces se les da toda la información de cómo hacer el procedimiento, cómo conseguir el medicamento, qué es lo que van a esperar en cada una de las etapas y estar pendiente de ellas, se les pide que manden un mensajito cuando van a empezar, que hagan una llamada para estar al pendiente de ellas y ellas te van haciendo preguntas, te van relatando cómo están, qué están sintiendo y es acompañar en todo el proceso” (Olivia – CDMX).

Las entrevistadas de las colectivas suelen realizar los acompañamientos del aborto de manera virtual, pero ofrecen la posibilidad de acompañamientos presenciales en casos específicos.

“Estamos abiertas a hacer el acompañamiento presencial también, sin embargo, no de primera mano porque no somos muchas y hay un montón de mujeres con necesidad de abortar y presencialmente no nos vamos a dar abasto... Si se ve que la compañera lo necesita, si veo que está muy nerviosa o no tiene a nadie que la acompañe, o si ella nos pregunta si podemos acompañarla presencialmente, entonces sí lo hemos hecho y sí lo hacemos” (Clarisa – BC).

Todas las entrevistadas autónomas mencionaron recomendar alguna prueba (ultrasonido, prueba de embarazo) para confirmar el éxito del procedimiento, aunque concluyen el acompañamiento cuando las mujeres decidan, no hay un momento fijo para terminar el proceso. Para las ONG la realización de una prueba de confir-

mación es un requisito y terminan el seguimiento con ello. En contraste, las colectivas se guían por lo que la mujer reporta (generalmente haber expulsado el saco gestacional), solamente en caso de duda recomiendan el ultrasonido, y concluyen el acompañamiento cuando las mujeres lo decidan.

Consecuencias personales para las acompañantes

Las siguientes subcategorías demuestran cuál es el impacto personal del ser acompañante para las mujeres entrevistadas. Ellas corren el riesgo de ser criminalizadas, han sido blanco de violencia, amenazas, críticas y discriminación, y existe un impacto emocional por ser acompañante.

Criminalización

La mayoría de las entrevistadas están conscientes de que existe un riesgo de criminalización; sin embargo, las acompañantes autónomas en la CDMX son las que menos riesgo legal perciben.

“Como está despenalizado hasta doce semanas de gestación, entraríamos dentro del marco legal” (Andrea - CDMX).

En contraste, varias de las colectivas y ONG mencionaron que, aunque el acompañamiento en sí no es ilegal, tampoco está regulado. Especialmente las acompañantes de Baja California refirieron percibir mayor riesgo por vivir en un estado que activamente criminaliza a las mujeres por abortar y las personas que las apoyan.

“Aquí en Baja [California] es uno de los estados que más criminaliza a las mujeres por abortar y en cuanto al marco legal, hay una penalización de cinco años de cárcel para la mujer que aborta, pero también para la persona que le ayude a abortar” (Caro – BC).

En Chiapas, las acompañantes percibieron menos riesgo legal, una de ellas comentó que es por la coyuntura política actual que es más liberal al respecto.

Estigmatización y violencia

Todas las acompañantes, indistintamente, han vivido experiencias de violencia; amenazas y discriminación, tanto en redes sociales como en persona, inclusive ha habido ataques físicos. Sin embargo, llama la atención que muchas de ellas minimizaron este impacto ya que al preguntarles si habían sufrido alguna amenaza, la

mayoría contestó que no, aunque en otros momentos de la entrevista describieron experiencias muy violentas.

“Me invitaron a un panel [donde] fui a dar la perspectiva histórica del aborto en Chiapas, y en el público había una señora con un cartel del Provida y un rosario que estaba rezando. [Después del evento] estaba esperando el transporte y escuché: ‘¡asesina!’ Volteé, y era esa mujer que estaba corriendo hacia mí con su cartel con un feto como de tres años [exageración sarcástica] despedazado, y corría hacia mí, yo me paralicé, empecé a caminar hacia atrás a replegarme y la mujer me interpelaba y me decía: ‘eres una asesina’, y sentía que me iba a golpear y entonces pasó justo el transporte y me subí súper asustada y temblando porque pensé: ‘me identificó, vio quién soy, me presentaron’... sí estaba muy asustada” (Ofelia – CH).

“He recibido amenazas de muerte sobre todo en las redes sociales, de manera personal solo cuando hay alguna manifestación pública, pero sí recibimos ataques con sangre [en las paredes] en nuestro espacio político” (Cloe – CH).

Los ataques vinieron en su gran mayoría de grupos e individuos anti-derechos, sin embargo, también refirieron a casos específicos en donde las parejas de las mujeres acompañadas las amenazaron.

“En una ocasión un chico que supo que yo había acompañado a su novia, me escribió que eso estaba súper mal, que hasta me podían meter a la cárcel” (Aurora – CDMX).

Las entrevistadas también tuvieron conflictos con sus propias familias.

“Cuando le dije a mi mamá que yo ayudaba a otras mujeres a abortar se enojó muchísimo, me dijo que estaba loca, que era una irresponsable... me acuerdo que sentí mucho dolor, dejó de hablarme tres semanas y fue muy doloroso, puede dejarte de hablar cualquier persona, pero tu mamá te deja de hablar y sí es horrible” (Ofelia – CH).

La experiencia de las acompañantes en la Ciudad de México era que la violencia es muy abierta.

“En la Ciudad de México, los grupos de hombres que agreden a las mujeres activistas son grandes y son muy agresivos, nos persiguen en eventos públicos, nos han golpeado,

nos amenazan constantemente con que nos van a echar ácido, nos van a quemar, nos van a matar; por eso nos asusta y generamos protocolos de seguridad, porque incluso, va en aumento. Por ejemplo, en la página que tenemos, nos llegan muchas amenazas, cotidianas, comentarios muy agresivos, principalmente de perfiles de hombres, tenemos que sufrir eso" (Clementina – CDMX).

Impacto emocional

Varias acompañantes comentaron sobre el impacto emocional de ser acompañante. Todas son voluntarias y realizan los acompañamientos a la par de sus trabajos y estudios, sin remuneración, y como se pudo leer en las narrativas previas, bajo circunstancias difíciles. ¿Entonces qué sienten? Especialmente las entrevistadas que realizan muchos acompañamientos, y además a las mujeres más vulnerables, refirieron sentir un desgaste emocional importante.

"El acompañamiento es un trabajo súper intenso en todo sentido, porque tienes que estar con tu mente activa porque toda la información que te da la mujer es central. Dos, porque las mujeres no solo te hablan de que están embarazadas, te cuentan de todo. O sea, en la experiencia de aborto, hay un montón de cosas que se cruzan, que iniciaron antes del aborto y que seguro seguirán después, me han tocado mujeres que me hablan que el embarazo es producto de una violación, me han tocado mujeres que hablan de que están abortando y el papá se acaba de morir, que están abortando y decidieron separarse de la pareja o novio... Implica un trabajo emocional de contención para ellas, no todas, hay quienes a veces no tiene lío y solo les haces saber cuál es el protocolo... pero toda esa información y esa carga, esa vibra que recibes emocional, también hay que ponerla en algún lado, si no se vuelve una bombita que en cualquier momento te brota" (Ana – CDMX).

Factores que influyen en la seguridad para las acompañantes

Como se pudo ver, las entrevistadas corren el riesgo de sufrir consecuencias legales, sociales y emocionales debido a ser acompañantes, lo cual afecta su seguridad y bienestar. En esta última categoría describimos varios aspectos de los acompañamientos y del ser acompañante que afectan o influyen en la sensación de sentirse seguras, y cuáles medidas toman para protegerse y para sortear posibles consecuencias del riesgo legal y social.

Pública o privada

Las acompañantes autónomas contaron que las mujeres se enteran de que pueden ser acompañadas por ellas por información que se difunde de boca a boca y el contacto es por teléfono o por medio de redes sociales personales.

“Empiezas y no puedes parar porque las mujeres te empiezan a referir un montón de personas. Yo acompaño a mujeres de la Ciudad de México, pero también de otros estados y me buscan por WhatsApp porque alguna mujer a la que acompañé, que ellas conocen, la refirió conmigo” (Ana – CDMX).

La mayoría de ellas acompañan de manera privada y anónima, ya que consideran que realizarlo de manera pública es riesgoso, especialmente para las mujeres acompañadas. Sin embargo, una de ellas sí se consideró acompañante pública, porque era su convicción, porque considera que es importante hablarlo para desestigmatizar el tema, y porque está en una posición que le permite hacerlo:

“Para mí es muy importante hacerlo público, primero porque es una convicción; segundo, porque me parece que entre más hablemos del aborto y entre más hablemos del trabajo que hacemos como acompañantes y entre más hablemos de las experiencias de las mujeres, contribuimos a desestigmatizar el aborto. Sin embargo, reconozco que no todas las mujeres tenemos las mismas condiciones para hacerlo público, es decir, yo puedo hacerlo y no pasa nada porque soy una treintañera, soy independiente económicamente, porque vivo en una ciudad en donde es legal, aunque haya todavía mucho estigma, el nivel de violencia que pueda enfrentar por ello es menor” (Ana – CDMX).

Las entrevistadas de ONG difunden en redes sociales y con uso de materiales de la propia organización que realizan acompañamientos; sin embargo, no anuncian abiertamente de qué se trata, sino hablan de derechos sexuales y reproductivos y públicamente solo ofrecen acompañamientos no especificados o para que las mujeres pueden acceder a abortos legales en la Ciudad de México. Los medios de contacto son teléfonos, correos o redes sociales institucionales. No obstante, una activista sí decidió ser acompañante de manera pública.

“El discurso oficial es: ‘Nosotras brindamos información, nosotras acompañamos’ pero no hay más información: ¿acompañamiento en qué sentido? ¿A la clínica? ¿Con los medicamentos? Solamente hay un número de teléfono. Yo siempre lo digo y hablo abiertamente de que yo acompaño mujeres en el proceso de aborto, como particular, no como integrante de la [organización]” (Ofelia – CH).

Las colectivas difunden amplia y públicamente la posibilidad de un acompañamiento del aborto con medicamentos en diversas redes sociales, además utilizan material desarrollado por ellas mismas (videos, calcomanías, folletos, entre otros). Otra vía es de boca a boca entre conocidas y mujeres previamente acompañadas. El contacto es por medio de teléfonos, correos o cuentas de redes sociales colectivas. Las colectivas acompañan de manera pública como estrategia de seguridad, ya que consideran que la visibilidad brinda protección.

“Las Libres dicen: ‘Nuestra única protección, es ser públicas,’ y eso nos quedó bien grabado y nos ha funcionado muy bien, somos muy abiertas en nuestra página y en la radio o en las entrevistas y creo que eso ayuda a presentar el tema de una manera fresca, positiva, abierta” (Clarisa – BC).

También mencionaron que es importante hablar abiertamente sobre el tema del aborto para visibilizar y por lo tanto desestigmatizarlo, aparte de que la difusión de información mejora el acceso, como se puede ver en la siguiente narrativa.

“Una compañera hizo mapeos de cómo se mueven los temas en las redes sociales, entonces le pedimos que nos hiciera el mapeo de cómo se veía el aborto en Chiapas y nos encontramos que había mucha información, pero no con la palabra aborto sino de ‘derecho a decidir,’ ‘derechos sexuales y reproductivos,’ y entonces, nosotras no íbamos a hablar de derechos, íbamos a hablar del tema de aborto. Nos gustó mucho, porque hicimos un comparativo con dos [organizaciones], nos decían el número de solicitudes de información que recibían y cuando nosotras empezamos a hablar de aborto recibíamos hasta tres veces más” (Cloe – CH).

Discurso

Tanto las entrevistadas de colectivas como de ONG manejaron una posición política discursiva muy clara para protegerse legalmente. Mencionaron el derecho a dar y recibir información, y sentirse respaldadas por el artículo 4º de la Constitución Mexicana que protege el derecho de cada persona a elegir si desea o no procrear.

“De lo que nosotros hablamos está de acuerdo con un montón de protocolos, de la OMS, la propia Constitución Política y siempre usamos la palabra de información cuando hablamos con las chicas. La información que nosotras proporcionamos es de libre acceso, debido a que hay un montón de información en Internet, compartimos folletos de estas instituciones, o nuestras propias infografías” (Carla – BC).

Sin embargo, la única entrevistada autónoma que refirió utilizar esta estrategia mencionó que no es tan utilizada o conocida entre otras acompañantes autónomas porque la mayoría no ha asistido a capacitaciones sobre protocolos de seguridad.

“Si les preguntas a las acompañantes de [una organización] es muy probable que lo tengan claro porque ellas reciben una capacitación, no solamente del aspecto médico sino también de cómo [protegerse], hasta que discurso tienen que utilizar. Por ejemplo, que todo se puede manejar en el marco de acceso a la información. Hay palabras que tienen clarísimo que no pueden decir para que no las acusen de apología del delito, pero no todas las mujeres tienen esa información, yo misma de repente creo que soy irresponsable, no utilizo todas las medidas de seguridad necesarias, pero vamos, yo soy cuidadosa. Sí hay cosas que procuro o prefiero decir, como esto de que la información ya existe, digo ‘la evidencia demuestra que’, pero creo que es un área que se puede fortalecer [entre acompañantes]” (Ana – CDMX).

Medidas prácticas

Para las entrevistadas autónomas sus estrategias de protección son a un nivel individual y práctico.

“Todo lo manejo desde un celular que no está vinculado a ninguna cuenta de Facebook u otra red social, trato que los acompañamientos no sean en mi casa, trato de no darles mucha información sobre mí” (Andrea – CDMX).

La activista de una ONG que refirió acompañar de manera pública e independiente de la organización a la que pertenece también mencionó que siempre se asegura de quién es la persona que la contacta.

“Acompaño desde primera persona, no tengo una línea segura, si alguien me dice: ‘oye estoy embarazada y me dijeron que tú puedes ayudarme a abortar’, yo soy de: ‘quién te dijo, y de dónde la conoces’, porque es un riesgo” (Ofelia – CH).

Redes de aliadas

Varias entrevistadas refirieron a las redes de apoyo, de organizaciones, colectivas, médicas, psicólogas y abogadas aliadas, como factor importante que brinda seguridad a las acompañantes, pero también a las mujeres acompañadas.

Las acompañantes autónomas no contaron con redes establecidas, pero sí tuvieron conocimiento de personal de salud a quien pueden recurrir en caso de alguna

situación imprevista. Además, mencionaron la existencia de grupos de amigas con quienes pueden compartir sus experiencias.

“Tengo una red amplia de mujeres que me acompañan y sé que es un espacio en donde me van a acurrar, donde entienden lo que les estoy diciendo... Hay quien en la parte médica me pueda acompañar, también ayuda a bajar la ansiedad” (Ana – CDMX).

En contraste, todas las colectivas y ONG a las cuales pertenecen las acompañantes entrevistadas contaron con amplias redes por si lo llegan a necesitar, tanto a nivel nacional como internacional.

“La red de apoyo de [la organización] es muy sólida, de mucho tiempo y saber que tú también como acompañante no vas sola, estás con un grupo de personas que están en el tema, que están actualizadas, que hay recursos médicos, eso lo hace para una acompañante algo más seguro, es una experiencia más cuidada, igual emocionalmente, que puedes apoyarte de tus compañeras y tener esa contención” (Olivia – CDMX).

Autocuidado

Con autocuidado nos referimos a estrategias que promueven el bienestar emocional y físico de las acompañantes. Aunque todas las acompañantes manejan alguna que otra estrategia, casi todas mencionaron que es un tema que les hace falta trabajar y que amerita más atención.

“Dos compañeras se saturaron entre el trabajo y el tema emocional porque obviamente cuando haces los acompañamientos te cargas de mucha información. Cuando recibimos los ataques contra el espacio, decidimos cerrar al público, pero seguimos acompañando igual; estamos muy cansadas, muy muy cansadas. Creo que tenemos que estar más al pendiente del autocuidado, porque siempre nos colocamos en el segundo plano y nos convertimos en lo que el patriarcado te dice que somos las mujeres ‘las cuidadoras, las que tienen que proteger y hacer todo’ y no es así, pero nos olvidamos que también nosotras nos tenemos que colocar al principio y muchas veces estamos al llegar al final del mes a veces sin juntar para la renta, porque dejamos de hacer trabajo para hacer activismo, y el activismo no es pagado” (Cloe – CH).

Las autónomas cuentan con pocas fuentes de apoyo y para ellas el autocuidado consiste en acciones individuales. En contraste, para las colectivas y las ONG las estrategias de autocuidado incluyen buscar apoyo profesional con psicólogas

aliadas, el apoyo entre sí en las colectivas y organizaciones donde se encuentran. Además, manejan protocolos de autocuidado basados en las experiencias de otras acompañantes.

Algunas entrevistadas mencionaron que fue todo un proceso poder llegar a reconocer la importancia del autocuidado, y que han tenido que aprender a poner límites.

“Reconocer que yo no soy una superwoman y que yo facilito información, que acompaño en un proceso, pero quien decide es la mujer. En la medida que yo tome esta distancia me va a permitir a acompañar más. Yo no les vengo a resolver o a mandar, yo vengo a acompañar y a facilitar, eso creo que me ha ayudado muchísimo” (Ana – CDMX).

Discusión

Los modelos de acompañamiento descritos para esta investigación pueden ser considerados seguros porque cumplen con las recomendaciones de la OMS para el aborto seguro con medicamentos (Veldhuis *et al.*, 2020). En este capítulo describimos las distintas prácticas de acompañamiento, de acuerdo a los tres tipos de acompañantes (autónomas, de ONG, de colectivas feministas). Encontramos diferencias en los tipos de acompañantes; las acompañantes autónomas se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad legal, social y emocional, en comparación con las acompañantes de ONG y colectivas feministas. A la vez, los acompañamientos de las “autónomas” son los más seguros en un sentido holístico para las mujeres acompañadas. Además, llegamos a una descripción de una “buena acompañante”, como alguien que cuida tanto la seguridad integral de las mujeres acompañadas como su propio bienestar, y sin distinción del tipo de acompañantes, detallamos los riesgos y consecuencias personales para ellas debido a los contextos inseguros donde se encuentran las entrevistadas, inclusive en el contexto legal de la Ciudad de México.

Encontramos que especialmente las acompañantes autónomas en esta investigación corren un riesgo personal mayor, comparado con acompañantes en colectivas y ONG, ya que ellas, aunque están debidamente capacitadas en los protocolos médicos, realizan acompañamientos mayoritariamente presenciales, cuentan con menos redes de apoyo y protocolos o estrategias en temas de seguridad y de autocuidado. Son las únicas que no refieren al derecho a dar información como respaldo de su activismo, posiblemente porque no han participado en las mismas capacitaciones como las demás entrevistadas y la mayoría de ellas son autodidactas. Por lo tanto, corren un riesgo social, legal e inclusive físico, al momento de ser identifica-

das como acompañantes del aborto, por ejemplo, por la pareja o algún familiar de una mujer acompañada que está en desacuerdo con su decisión.

Paradójicamente, los acompañamientos que ofrecen son los más holísticos observados en esta investigación, lo que se puede apreciar en su acompañamiento altamente personalizado y presencial. En este sentido, se podría concluir que los abortos con las acompañantes autónomas entrevistadas en esta investigación son los más seguros en un sentido integral para las mujeres acompañadas, y a la vez los menos seguros para las acompañantes.

En la otra cara de la moneda están las acompañantes de las ONG, quienes están enfocadas en dar información a distancia, aunque el 'estilo' del acompañamiento depende de cada una. De acuerdo con la descripción de sus recomendaciones para el procedimiento pueden ser consideradas como más institucionalizadas, lo cual se refleja, por ejemplo, en el requisito de ciertos estudios de gabinete a lo largo del proceso como dictan los protocolos de las ONG, a pesar de que la última evidencia ha demostrado que no son indispensables (Raymond, 2020). Sin embargo, existe una variabilidad en la interpretación y aplicación de los protocolos institucionales entre las acompañantes entrevistadas. La diferencia con las acompañantes autónomas es que el pertenecer a una organización, con la capacitación, redes y protocolización (tanto de temas médicos, como de seguridad y de autocuidado) implica una mayor seguridad para las acompañantes, pero a la vez limita la flexibilidad de sus acompañamientos.

En esta contrastación, se pueden considerar a las acompañantes en colectivas feministas como punto intermedio. Son capacitadas por las mismas organizaciones a las cuales pertenecen las otras acompañantes, pero interpretan, desarrollan y aplican los protocolos adaptándolos según sus posicionamientos políticos, sus experiencias y las experiencias de otras colectivas. Tienen muy claros los riesgos que corren y saben cómo protegerse. Además, son flexibles en sus acompañamientos, ya que ofrecen una seguridad holística que se adapta a las necesidades de las mujeres, y a la vez cuentan con seguridad para ellas mismas, tienen una visión más cercana a género y salud, donde los elementos que integran el bienestar de las mujeres son importantes en sí mismos y no solo dependen de la política de salud o medicina en boga.

En este capítulo definimos una buena acompañante como alguien que se capacita de manera continua, intercambia experiencias, conoce todos los aspectos del procedimiento del aborto, pero también incluye el acompañamiento emocional, práctico, y la prevención de la criminalización y estigmatización. Además de que las acompañantes deben de cuidar su propia seguridad, lo cual incluye el autocuidado, el reconocimiento de sus límites y el contar con redes de apoyo. Consideramos que

estos aspectos adicionales son de capital importancia para asegurar el bienestar de las mujeres acompañadas y de las acompañantes, ya que los acompañamientos son realizados en contextos de alta estigmatización y criminalización, como es el caso en México y que no necesariamente este tipo de autocuidado es asumido por todas las acompañantes entrevistadas.

Además, existe una preocupación por la calidad de los acompañamientos de mujeres que se autodenominan ‘acompañantes’ pero no cumplen con las características de una “buena acompañante”, en contraste con las participantes de este estudio. Por lo tanto, es importante que mujeres que desean ser acompañantes de abortos seguros sepan cómo, dónde y con quién capacitarse, y que las organizaciones de la sociedad civil involucradas tomen o sigan tomando su responsabilidad para ofrecer capacitaciones, ya que cuentan con los recursos necesarios para ello.

Las entrevistadas realizan los acompañamientos a menudo bajo condiciones peligrosas y estresantes, debido a la criminalización legal y estigmatización social del aborto, como también lo menciona Ipas en su último reporte sobre proveedores y acompañantes de abortos (Ipas CAM/safe2choose). Es impactante que todas las entrevistadas han sido víctimas de algún tipo de violencia relacionada a sus actividades como acompañante o activista proaborto, además de que son voluntarias que no reciban ninguna remuneración y realizan los acompañamientos a la par de sus trabajos o estudios. Llama la atención que la mayoría de las entrevistadas menciona que el tema del autocuidado amerita mayor atención, como dice Marcela Lagarde; el descuido propio para poder cuidar a los demás históricamente ha sido parte del papel de las mujeres cuidadoras, y es algo que queda por transformar (Lagarde 2003).

El acompañamiento de abortos, aunque no precisamente clandestino, no está regulado, tampoco en contextos legales como el de la Ciudad de México. Por lo tanto, existe un riesgo de que cualquiera de las acompañantes sea criminalizada, como ya ha ocurrido en otros países (Berer, 2020; Casas & Vivaldi, 2014; Drovetta, 2015). La mayoría de las entrevistadas se saben protegidas por el marco legal tanto nacional como internacional que define el derecho a la proporción y recepción de información (Constitución Política de Los Estados Unidos Mexicanos / Última Reforma 8 de mayo de 2020, 2020; Erdman, 2012), y son cuidadosas en sus prácticas. Esta estrategia ha sido descrita también en relación con otras colectivas y líneas telefónicas de aborto seguro (Drovetta, 2015; Gerdts *et al.*, 2018; Moseson, Bullard, *et al.*, 2020; Moseson, Jayaweera *et al.*, 2020; Zurbriggen *et al.*, 2018). Sin embargo, el riesgo de criminalización no está plenamente asumido por todas las acompañantes entrevistadas (especialmente las autónomas) en la Ciudad de México, ya que se sienten protegidas por la legalidad del aborto en la capital. Pero creemos que sí deberán estar alertas con las mismas medidas de seguridad como en las regiones

restrictivas para prevenir persecuciones. Por lo tanto, consideramos urgente la despenalización del aborto incluyendo la autogestión en todo el país, para mejorar el acceso a abortos seguros, pero también para que las acompañantes puedan realizar su trabajo en condiciones dignas y sin riesgos.

Conclusiones

En este capítulo describimos cómo las participantes se convirtieron en lo que ellas consideran que es una *buena acompañante*, cómo es el protocolo que utilizan para los acompañamientos para promover la seguridad integral de las mujeres que interrumpen sus embarazos, cuáles son las consecuencias personales para las acompañantes y y cuáles son los factores que influyen en la seguridad de ellas mismas. También mencionamos que los abortos acompañados por las entrevistadas en esta investigación son seguros porque cumplen con las recomendaciones de la OMS para el aborto seguro con medicamentos (Veldhuis *et al.*, 2020). Sin embargo, sí encontramos diferencias entre los tres tipos de acompañantes, que afectan de forma inversa la seguridad holística para las mujeres acompañadas y el riesgo de sufrir consecuencias personales para las acompañantes mismas. Es indispensable para la seguridad de todas en el proceso de un aborto que desaparezca el estigma social y las restricciones legales que son adversas para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

No obstante, los resultados de este trabajo nos dejan en claro que las mujeres de nueva cuenta son capaces de acompañarse y apoyarse (tal como lo refiere Federici, 2004, Sánchez-Ramírez, 2010 entre otras) en procesos relacionados con su salud sexual y reproductiva, más allá de lo que diga la ley, el Estado, la familia y las instituciones de salud. Esto abona elementos para enriquecer el acervo de conocimientos desde los estudios de mujeres sobre género y salud en México.

Limitaciones

La limitante principal de esta investigación fue que los resultados están basados en las experiencias de únicamente 14 acompañantes y posiblemente no pueden ser generalizadas a otras acompañantes o regiones. Además, aunque con las acompañantes de colectivas y ONG se llegó a cierta saturación teórica con las entrevistas realizadas, no se puede decir lo mismo para las acompañantes autónomas, la cual parece ser una categoría grande con mucha variabilidad y además no ha sido descrita

previamente en la literatura publicada sobre el tema. Son importantes más estudios al respecto. Estudios previos se han enfocado principalmente en la descripción de ciertos modelos específicos de acompañamiento, con énfasis en líneas telefónicas (Drovetta, 2015; Maffeo *et al.*, 2015; Singer, 2019). Nuestros resultados demuestran que existen varios modelos de acompañantes, que incluyen un gran rango de prácticas que puede variar incluso entre acompañantes individuales, ya que son adaptadas a los contextos en donde se encuentran.

Bibliografía

- Berer, M, 2020, “Reconceptualizing safe abortion and abortion services in the age of abortion pills: a discussion paper” en *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, Vol. 63, pp. 45-55. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.07.012>
- Blazquez Graf, Norma, 2008, *El retorno de las brujas: incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres en la ciencia*. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos / Última reforma 8 de mayo de 2020, Cámara De Diputados Del H. Congreso De La Unión. <https://doi.org/10.29057/icea.v4i7.201>
- Casas, L., & Vivaldi, L, 2014, “Abortion in Chile: The practice under a restrictive regime”, en *Reproductive Health Matters* Vol. 22, núm. 44, pp. 70-81. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)44811-0](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(14)44811-0)
- Castañeda Salgado, M. P, 2012, “Etnografía feminista”, en N. B. Graf, F. Flores Palacios, & M. Ríos Everardo (Eds.), *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*, Ciudad de México, UNAM, pp. 217-238.
- Díaz Olavarrieta, C., Bonifaz Alfonso, L., Sanhueza-Smith, P., Fajardo Dolci, G. E., Guevara-Guzmán, R., Aburto-Arciniega, M. B., Phillips, V. J., Arce Cedeño, A., & Villa, A. R, 2020, “Twelve years after abortion decriminalization in Mexico City: Can we still remain an island of liberties?” en *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, Vol. 62, pp. 63-78. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.07.009>.
- Drovetta, R. I, 2015, “Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women’s access to safe abortions in Latin America”, en *Reproductive Health Matters*, Vol. 23, núm. 45, pp. 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.06.004>
- Erdman, J. N, 2012, “Harm reduction, human rights, and access to information on safer abortion”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 118, núm 1., pp. 83-86. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.04.002>

- Erdman, J. N., Jelinska, K., & Yanow, S, 2018, "Understandings of self-managed abortion as health inequity, harm reduction and social change", en *Reproductive Health Matters*, Vol. 26, núm. 54, pp. 13-19. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1511769>
- Federici, S., 2004, *Caliban and the witch*. Autonomedia. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Gerdts, C., Jayaweera, R. T., Baum, S. E., & Hudaya, I, 2018, "Second-trimester medication abortion outside the clinic setting: An analysis of electronic client records from a safe abortion hotline in Indonesia", en *BMJ Sexual and Reproductive Health*, pp. 286-291. <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2018-200102>
- GIRE, 2018, *Maternidad o Castigo. La criminalización del aborto en México*. https://criminalizacionporaborto.gire.org.mx/assets/pdf/Maternidad_o_ca_stigo.pdf [Consultado 23 de julio 2020].
- Ipas CAM/safe2choose, 2021, *Reporte de resultados de la encuesta internacional de personas proveedoras y acompañantes de aborto*, Ciudad de México. https://www.ipascam.org/uploads/1617758452865_ES_ARCHIVO_1.pdf
- Juárez, F., Bankole, A., & Palma, J. L, 2019, "Women's abortion seeking behavior under restrictive abortion laws in Mexico". en *PLoS ONE*, Vol. 14, núm 12., pp. 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226522>
- Las Libres, *Quiénes somos | Las Libres – Asociación Civil de Guanajuato*. <http://www.laslibres.org.mx/quienes-somos/> [Consultado 23 de julio 2020].
- Maffeo, F., Santarelli, N., Satta, P., & Zurbriggen, R, 2015, "Parteras de nuevos feminismos. Socorristas en red - feministas que abortamos una forma de activismo corporizado y sororo", en *Revista Venezolana de Estudios de La Mujer (Ejemplar Dedicado a: Mitos y Realidades Sobre La Interrupción Del Embarazo)*, Vol. 20, núm. 44, pp. 217-227. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5855566>
- Moseson, H., Bullard, K. A., Cisternas, C., Grosso, B., Vera, V., & Gerdts, C, 2020. "Effectiveness of self-managed medication abortion between 13 and 24 weeks gestation: a retrospective review of case records from accompaniment groups in Argentina, Chile, and Ecuador", en *Contraception*, Vol. 102, núm. 2, pp. 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.015>
- Moseson, H., Jayaweera, R., Raifman, S., Keefe-Oates, B., Filippa, S., Motana, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I., Nmezi, S., Zurbriggen, R., & Gerdts, C, 2020, "Self-managed medication abortion outcomes: results from a prospective pilot study", en *Reproductive Health*, Vol. 17, núm. 1, pp. 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01016-4>
- ONU MEXICO, 2019, "Se disparan los actos de violencia contra defensores de derechos humanos en América Latina, alertan ONU y CIDH" <https://www.onu.org.mx/se-disparan-los-actos-de-violencia-contra-defensores-de-derechos-humanos-en-america-latina-alertan-onu-y-cidh>

- paran-los-actos-de-violencia-contra-defensores-de-derechos-humanos-en-america-latina-en-2019-alertan-onu-y-cidh/ [Consultado 5 de abril 2021].
- Organización Mundial de la Salud, 1997, *Informática de la salud y telemedicina: informe del Director General*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194008/EB99_30_spa.pdf?sequence=1.
- PNUD, 2015, *Índice de Desarrollo Humano para las entidades federativas*, México.
- Ortiz O, 2010, *Acompañar para empoderar. Guía de apoyo para la formación de acompañantes a mujeres en situación de aborto*. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1053> [Consultado 23 de julio 2020].
- Ramos, S., Romero, M., & Aizenberg, L, 2015, “Women’s experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: The case of Argentina”, en *Reproductive Health Matters*, Vol. 44, pp. 4-15. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)43786-8](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(14)43786-8)
- Raymond EG, Grossman D, Mark A, Upadhyay UD, Dean G, Creinin MD, Coplon L, Perritt J, Atrio JM, Taylor DS, *et al.*, 2020, “Commentary: No-test medication abortion: A sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond”, en *Contraception* Vol. 101, núm. 6, pp. 361-366. <https://doi:10.1016/j.contraception.2020.04.005>
- Revilla, M, 2020, “Redes de apoyo son “invaluables” para las mujeres mexicanas que buscan abortos ilegales” <https://globalpressjournal.com/americas/mexico/support-networks-invaluable-mexican-women-seeking-illegal-abortions-reprohealth/es/> [Consultado 7 de julio 2020].
- Sánchez-Ramírez, G, 2010, “De cómo Occidente diluyó los conocimientos en salud de las mujeres. Repercusiones en el caso de México”, en *Cuestiones de Género: De La Igualdad y La Diferencia.*, Vol. 5, pp. 379-405.
- Sedgh, G., Filippi, V., Owolabi, O. O., Singh, S. D., Askew, I., Bankole, A., Benson, J., Rossier, C., Pembe, A. B., Adewole, I., Ganatra, B., & Macdonagh, S, 2016, “Insights from an expert group meeting on the definition and measurement of unsafe abortion”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 134, núm. 1, pp. 104-106. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.11.017>
- Singer, EO, 2019, “Realizing Abortion Rights at the Margins of Legality in Mexico”, en *Medical Anthropology*, Vol. 38, núm. 2, pp. 167-181. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1474213>
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., & Onda, T, 2018, *Abortion worldwide 2017: uneven progress and unequal access*. <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017> [Consultado 23 de julio 2020].
- Sorhaindo, A. M., Juárez-Ramírez, C., Diaz Olavarrieta, C., Aldaz, E., Mejía Piñeros, M. C., & Garcia, S, 2014, “Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico”, en *Women & Health*, Vol. 54, núm. 7, pp. 622-640. <https://doi.org/10.1080/03630242.2014.919983>

- Strauss, A., & Corbin, J, 2002, *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*, Contus. Editorial Universidad de Antioquia.
- Veldhuis, Suzanne, 2020, *El aborto con medicamentos acompañado por mujeres en México – una opción autónoma y segura*, Tesis de Maestría, El Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. México.
- World Health Organization, 2020, *WHO recommendations on self-care interventions: Self-management of medical abortion*. WHO, Geneva.
- Zurbruggen, R., Keefe-Oates, B., & Gerdts, C., 2018, "Accompaniment of second-trimester abortions: the model of the feminist Socorrista network of Argentina", en *Contraception*, Vol. 97, núm. 2, pp. 108-115. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.07.170>

6. Aborto seguro con parteras, indígenas, rurales, y sororales en el sur de México

GEICEL LLAMILETH BENÍTEZ FUENTES
GEORGINA SÁNCHEZ-RAMÍREZ

Resumen

El aborto inseguro sigue siendo un serio problema de salud en países como México, donde la interrupción legal del embarazo voluntario solo está permitida en 2 de sus 32 estados. Las mujeres pobres, indígenas o muy jóvenes son las más vulnerables para acceder a un aborto seguro. Este capítulo, a través de un estudio cualitativo desde el enfoque de género y salud, sobre parteras y aborto en Chiapas, muestra los resultados del extraordinario trabajo que 9 parteras tradicionales de dos regiones diferentes hacen para apoyar a mujeres que desean un aborto, utilizando misoprostol y mifeprestona, con previa capacitación de una organización civil según la normatividad de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estas parteras, además de hacer su trabajo con total discreción, bajo costo y solidaridad entre mujeres, refirieron que el perfil de las mujeres que acuden a ellas para abortar varía desde migrantes, indígenas, menores de edad, amas de casa muy pobres, hasta mujeres con mayores recursos. El hecho de ser católicas, pobres, con baja o nula escolaridad, y saberse al margen de la ley, no impide a las parteras entrevistadas hacer un trabajo seguro y confiable de acuerdo con la normativa de la OMS sobre aborto con medicamento en la época contemporánea, lo

cual ofrece por un lado, nuevas posibilidades de interrupciones seguras en mujeres con embarazos no deseados en zonas pobres, rurales o indígenas y por otro, reivindica el potencial que tienen las parteras en México para procurar la salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: aborto con medicamentos, parteras tradicionales, Chiapas.

El aborto en México hoy

EL ABORTO HACE REFERENCIA A LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN; LA ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (OMS) lo define como la expulsión del embrión o el feto en cualquier etapa gestacional que no rebase las 22 semanas. Existen dos tipos de abortos, el aborto espontáneo y el aborto inducido¹ (WHO, 2012). El aborto espontáneo es el que se presenta por causas fisiológicas y que obedece a problemas asociados a la salud general de las mujeres; el aborto inducido o provocado es el que se realiza a través de una intervención externa que no obedece a causas naturales del organismo. Actualmente se conocen dos formas de realizar un aborto inducido: el aborto con medicamento y el aborto quirúrgico.

Dentro de las prácticas más seguras para interrumpir un embarazo, actualmente destaca la del aborto con medicamento. Este procedimiento es el más usual por su fácil acceso, pues no requiere de un ambiente hospitalario, sus costos son accesibles y, sobre todo, por ser un procedimiento que evita que las mujeres estén expuestas a prácticas más invasivas como lo puede ser el AMEU² o el legrado (WHO, 2012).

Por otro lado, el aborto inseguro, definido según la misma OMS (WHO, 2012), es un procedimiento para interrumpir la gestación, realizado por personal no capacitado y/o en ambientes que carecen de buenas condiciones médicas; y es una de las causas que ponen en peligro la vida de las mujeres en edad reproductiva. Esta práctica se convierte en la única posibilidad para mujeres con mayor vulnerabilidad, como puede ser la falta de recursos materiales o de apoyo, agudizando aún más el riesgo para su salud, sobre todo en contextos donde esta práctica es punible (Centro Legal para Derechos y Políticas Públicas, 1997).

Desafortunadamente y aunque resulte contradictorio, el aborto inducido se sigue practicando de manera insegura en diversas partes del mundo, a pesar de que dentro del campo de los derechos sexuales y reproductivos, El Fondo de las Naciones

Unidas para la Infancia (UNICEF), El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la OMS y otras organizaciones civiles, mencionan que los programas para la disminución de la mortalidad por eventos relacionados al embarazo deben estar afianzados al menos a estos cinco pilares: 1. Planificación familiar, 2. Educación para la salud, 3. Atención a domicilio por personal profesional, 4. Acceso oportuno a atención obstétrica de emergencia y 5. Acceso al aborto seguro (Rodríguez-Aguilar, 2018).

Aunque la despenalización del aborto a nivel internacional ha sido ampliamente discutida dentro de múltiples debates, incluyendo el de la Conferencia de Población y Desarrollo de 1995 del Cairo, en donde se expusieron los riesgos inminentes y las consecuencias de realizarse abortos en condiciones no legales (Galdos, 2013), en México (excepto en la Ciudad de México y recientemente en el estado de Oaxaca), el aborto sigue estando penalizado (solo está permitido por violación, en todo el país). Esto, a pesar de que así se vulneran duramente los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, afectando de manera más fuerte a quienes están en condiciones de precariedad, como mujeres de escasos recursos económicos, mujeres indígenas, mujeres menores de edad, alejadas de los lugares donde no es punible el aborto, mujeres migrantes, entre otras.

Aun con lo anterior, sí existe un marco regulatorio en el que el Estado Mexicano puede ampararse para quitar la punibilidad al aborto por diversas causales y en beneficio de la salud de sus ciudadanas, a través de los artículos 1 y 4° de la Constitución Mexicana. El 1° hace referencia a la protección de los derechos humanos de toda persona en el territorio mexicano, y el 4° establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, así como al acceso a estos servicios, sin que fuera necesaria una consulta ciudadana para la despenalización del aborto. De esta manera, en el caso de que una mujer por las razones que fueran deseara interrumpir una gestación, tendría que ser atendida en consonancia con lo estipulado en la Constitución, garantizando que el procedimiento se hará en las condiciones que protejan su integridad. No obstante, en la práctica sigue siendo punible, e incluso hay mujeres encarceladas por haber abortado.

El problema más grave, tal y como lo documentan Susheela Singh, Remez, Sedgh, Kwok y Onda (2018) en su informe sobre la situación mundial del aborto, es que en los países como México en donde el aborto es punible, los efectos negativos recaen directamente sobre la salud y la vida de las mujeres que no cuentan con medios para realizarse interrupciones seguras (mismas que hoy en día están más asociadas con abortos realizados con medicamentos).

Aborto inseguro en México, las parteras bajo sospecha y porqué es importante evidenciar lo diferente

En un estudio sobre aborto inseguro en México, Angélica Sousa, Lozano y Gakidou (2010) exploraron los posibles determinantes que definen a quienes tienen este tipo de interrupciones, a partir de datos de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica del año 2006, por medio de dos modelos de regresión logística, para estimar cuáles variables sociodemográficas interferían en la realización de abortos en condiciones inseguras. Cabe destacar que este estudio se realizó en 2009 con datos del año 2006; cuando el aborto con medicamento no era algo difundido de la forma en que ahora lo está en el país.

Su universo de estudio fue de 14,859 mujeres en edades de entre 15 y 55 años, de las cuales 966 reportaron haber tenido un aborto en los últimos 5 años, encontrando que las mujeres más pobres, con baja escolaridad y origen indígena estuvieron más propensas a hacerlo en condiciones inseguras. En las variables que seleccionaron para determinar un aborto inseguro, no incluyeron el hecho de haber sido atendida por un médico o en un espacio hospitalario, ya que parten de la premisa de que “En México solo los médicos están formalmente entrenado para realizar abortos” (Sousa y otros, 2010: 302), y la pregunta que surge aquí es: ¿todas las interrupciones que se hacen en espacios no hospitalarios y con otro tipo de personal que no sean médicos asistiendo a la mujer son inseguros, o se está subestimando el papel que otros agentes de salud tienen en países como México y su capacidad de hacer prácticas seguras?

En el estudio de Sousa y otros (2010) antes mencionado, parece obviar que, en México desde la etapa colonial, hay una gama de medicinas llamadas “alternativas” que coexisten con la práctica médica hegemónica, y que en todo el país las personas suelen hibridar diferentes opciones para lograr un equilibrio entre salud y enfermedad (véase al respecto Sánchez-Ramírez, 2010), y el caso del aborto inducido no es la excepción, como se mostrará en este trabajo.

En un estudio más reciente, Fátima Juárez, Bankole y Palma (2019) mencionan que, a pesar de las leyes restrictivas sobre aborto en 30 estados del país, ocurren más de un millón de abortos al año. Su estudio tuvo el objeto de analizar el comportamiento de búsqueda de aborto de mujeres en México, realizando 60 entrevistas a profundidad entre 2015 y 2017 en tres estados donde el aborto es punible (Querétaro, Tabasco y estado de México), concluyendo que en este momento es más determinante el uso adecuado de medicamentos para que las mujeres puedan abortar sin riesgos para su salud, que el contexto legal en el país. Y refieren que dado que muchas mujeres acuden a las parteras de su localidad para buscar una interrupción y

aseguran que “se necesita más investigación para comprender mejor las prácticas en torno al uso de la medicina tradicional, parteras y brebajes [sic] para el aborto en el país... se sabe poco sobre las ramificaciones de los abortos obtenidos a través de estas proveedoras y métodos, incluidas las complicaciones asociadas con ellos” (Juárez y otros 2019).

La persistente desconfianza respecto a las prácticas de las parteras y los saberes y conocimientos en torno a los cuerpos de las mujeres, no tiene una precisión exacta de cuándo comenzó a ocurrir, pero sí hay una gran documentación de cómo en el Medievo, en Europa muchas mujeres fueron quemadas, acusadas de brujería, cuando el mayor temor se cernía sobre las prácticas y saberes que las parteras (bella-donas o brujas) conocían para interrumpir un embarazo, en un mundo azotado por epidemias que requería emergentemente incrementar su población (Sánchez-Ramírez, 2010).

Tomando como referencia los estudios de Sousa (y otros, 2010) y Juárez (y otros, 2019), y atendiendo sus recomendaciones de que es necesario investigar más respecto a interrupciones en contextos no hospitalarios, donde el personal médico no es el protagonista para hacer la interrupción, y que es necesario indagar más sobre el papel de las parteras como proveedoras de salud para las mujeres que buscan un aborto, esta investigación se centra en las parteras tradicionales (definidas en este estudio como aquellas que no cuentan con una formación escolarizada de partería sino que se han instruido de manera empírica) y sus conocimientos sobre el aborto con medicamentos en Chiapas (estado del sur de México en frontera con Guatemala), donde se conjugan dos elementos que se mencionan como precondiciones para realizarse abortos en condiciones inseguras: es un estado donde el aborto está penalizado y el 77.1% de su población total vive en condiciones de pobreza (CONEVAL, 2016), con una de las Razones de Muerte Materna más altas de todo el país, siendo de 69 por cien mil nacidos, mientras que a nivel nacional es de 29 por cien mil, según datos de la Dirección General de Epidemiología, (2018) y con el añadido de que 31 de cada 100 partos en Chiapas son atendidos por parteras a diferencia de que a nivel nacional este dato es de 4 por cada 100 partos (INEGI, 2017).

Respecto al aborto con medicamentos, que es el tema de interés en este estudio, se sabe que requiere de la combinación de mifepristona y misoprostol³, y en México se encuentran disponibles en centros de apoyo al aborto seguro, legal (en la Ciudad de México) e ilegal (en el resto del país). No obstante, en las farmacias (aun en la Ciudad de México donde el aborto voluntario no está penado) solo se vende libremente el misoprostol (o Cytotec), no así la mifepristona, a pesar de ser un medicamento esencial según la OMS; por lo tanto, es urgente y necesario que

se garantice que este medicamento se encuentre en total disposición para uso y venta libre.

La ventaja de los abortos con medicamento, de acuerdo con la OMS (WHO, 2015), es que puede ser administrado no solamente por personal médico y en espacios hospitalarios, sino que puede ser realizado por personal sanitario debidamente capacitado, como enfermeras, promotores de salud y parteras profesionalizadas, si bien no mencionan a las parteras tradicionales de las que aquí se hablará.

Antecedentes

Diversas investigaciones han documentado que, en el Sureste de México, es generalmente la población indígena, rural, de escasos recursos, la que suele atender su salud en primera instancia con parteras (y no solamente los partos, véase por ejemplo Argüello y Mateo, 2014; Sánchez-Ramírez y otros, 2015; Berrio & Loggia, 2014, entre otras), muchas veces como resultado de la falta de acceso a otros servicios de salud; tal cual lo menciona Lina Berrio (2015).

En las regiones indígenas persisten barreras importantes que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Algunas se relacionan con elementos del orden económico, geográfico, de disponibilidad de servicios, y existen otras de orden cultural. También influyen las prácticas de racismo y discriminación que de manera cotidiana enfrentan los pueblos indígenas cuando acuden a las instituciones, así como las profundas relaciones de descalificación, subordinación o exclusión que viven sus terapeutas y los sistemas médicos tradicionales respecto al modelo institucional de salud (Berrio, 2015:5).

Así, las parteras de regiones como Chiapas, consideradas tradicionales (parte de los sistemas médicos alternativos) han sido relegadas históricamente y menospreciadas por la medicina occidental. Sin embargo, sus prácticas están legitimadas por la población que reconoce a las parteras como agentes involucradas en una atención primaria de la salud (incluida la interrupción de los embarazos no deseados), y si bien en la época contemporánea hay un resurgimiento de la partería en México (Sánchez-Ramírez, 2016), la preeminencia de la partería en el país ha pasado por diversas etapas de inclusión, exclusión y conflicto, desde la mirada hegemónica de la medicina⁴. Por tanto, se desconocen muchos aspectos sobre la atención a la salud que las parteras dan, incluido el uso de métodos modernos para interrumpir un embarazo no deseado, como ya se evidenció con los estudios de Sousa y otros, 2010 y Juárez y otros, 2019 antes citados.

Así, la presente investigación (que es parte de un estudio mayor) muestra algunas experiencias de parteras tradicionales, entrevistadas respecto a sus prácticas para interrumpir el embarazo con medicamentos, aun sabiendo que corren un riesgo ante la ley, y ante la sociedad que las estigmatiza por conocer el tipo de apoyo que brindan a las mujeres que buscan abortar, en las zonas estudiadas.

A nivel mundial, existen algunas investigaciones (Singh y otros, 2018; Shah, Ahman y Ortayli 2014; Fullerton, Butler y Aman, 2018; entre otros) que han logrado documentar los estragos que ocasionan las medidas restringidas en torno al aborto, además de reconocer el papel que las parteras han tenido en la atención de abortos seguros en países en vías de desarrollo. Estas investigaciones analizan desde diferentes enfoques, la importancia de considerar a las parteras como proveedoras de una atención integral, que incluya la interrupción voluntaria del embarazo, para la disminución de muertes de mujeres en edades fértiles, en contextos en donde existe una amplia diversidad y desigualdad de condiciones sociales que repercuten en la salud de las mujeres, afectando mayoritariamente a las que se encuentran en un alto grado de marginación y vulnerabilidad (Singh y otros, 2018; Fullerton y otros, 2018; Johnson, Maksutova, Boobekova y otros, 2018; Oppong-Darko Prince, Amponsa-Achiano Kwame y Darj Elisabeth, 2017; Clevee, Amanda, Byamugisha Josaphat, Gemzell-Danielsson Kristina, Mbona Tumwesigye Nazarius, 2016; Aniteye, O'Brien & Mayhew, 2016; WHO, 2012; Holcombe, Berhe & Cherie, 2015; Barnard, Kim, Park & Ngo, 2015; Shah, Ahman & Ortayli, 2014; Fawole, Diop, Adeyanju y otros, 2012)

El único estudio localizado para el caso de México sobre parteras y su implicación en el aborto inducido, tiene ya más de quince años de haber sido publicado y es el de Xóchitl Castañeda, Billings, & Blanco (2003) quienes exploraron y publicaron en diferentes versiones los hallazgos que encontraron en un grupo de 9 parteras tradicionales, cuyas edades oscilaban entre los 20 y los 62 años de edad de un pueblo rural de Morelos, y que fueron entrevistadas respecto a sus creencias y prácticas en torno al aborto. Mediante el análisis del discurso muestran los resultados sobre si consideraban un aborto como un “no poder cumplir” de las mujeres (cuando era espontáneo) y en qué circunstancias lo justificaban para ayudar a las mujeres a “dejar pasar” el período (es decir, provocar el sangrado por interrupción de la gestación intencionalmente), enfatizando la primicia del estudio sobre el rol de las parteras tradicionales frente al aborto inducido y sus cuidados, a principios del siglo XXI en México.

Los resultados indican que las parteras que entrevistaron distinguían muy bien un aborto espontáneo de uno inducido. El primero lo explicaban como el exceso de trabajo inadecuado para una embarazada, así como el enojo y el susto, aunado a

la malnutrición y la violencia doméstica en que vivían las mujeres del contexto en que trabajaban como parteras.

Respecto al aborto inducido, en el discurso de las parteras que entrevistaron Castañeda y otros (2003) se podían observar calificativos como: asesinato, pecado grave y señalando a quienes lo cometían como perros o cerdos, así como un serio estigma sobre las mujeres que se cree que lo practicaban con frecuencia, como método anticonceptivo. Pero a su vez, las autoras mencionan que el discurso de las parteras rayaba en lo contradictorio, ya que justificaban algunas razones por las que sí podían hacer un aborto voluntario, por ejemplo, si la criatura venía mal, si eran madres solteras, si el bebé era de un padre distinto a la pareja actual (abuso o infidelidad), o bien si se trataba de mujeres muy pobres. Llama la atención que, en este estudio, ninguna de las parteras entrevistadas aceptó que inducían abortos, y la mayoría negó conocer algún método para realizarlo.

No obstante, algunas mencionaron que sabían qué se podía usar: un catéter insertado en el útero; inyecciones de metharina; zoapatle (*Montanoa tomentosa*) con chocolate muy caliente complementado con una ducha caliente, inyecciones hormonales, principalmente progestinas; raspado del útero (legrado); “Succión con una jeringa”; cargando objetos pesados (también causa de aborto involuntario); y dejarse caer o resbalarse intencionalmente. (Castañeda y otros, 2003. p. 81), además de saber sobre las consecuencias de los abortos incompletos.

Por último, Castañeda y otros (2003) sugieren que en México se debería reconocer y valorar desde los servicios públicos de salud la riqueza y conocimiento de las parteras, así como su cercanía y confiabilidad con la población femenina de las zonas rurales e indígenas, sobre todo en cuanto a prácticas seguras del aborto inducido.

Metodología y características de las participantes

El tema del aborto como una decisión voluntaria de las mujeres ha sido analizado académicamente a lo largo de la historia moderna desde diversos intereses y metodologías, destacándose los aportes de la demografía y la epidemiología (Sedgh, Gilda y otros 2016), situadas más desde un enfoque economicista, y también ha sido abordado desde diferentes líneas feministas; sobre todo para reivindicar un derecho más de la autonomía de las mujeres sobre su vida y su cuerpo, (GIRE, 2015; Shah y otros, 2014; Lamas, 2013; entre otras).

No obstante, esta investigación parte del enfoque de género y salud, el cual es una de las consecuencias más loables del impacto de las teorías feministas en la academia (Fraisse, 2016), y se agregaría que en la sanidad a nivel mundial también,

y es que el enfoque de género y salud ha posibilitado los análisis que evidencian las diferencias pero también las desigualdades de sanar y enfermar entre varones y mujeres, permitiendo así ubicar las diversas necesidades y procesos que las mujeres (en este caso) enfrentan en el cuidado y la atención a su propia salud a lo largo de todo su ciclo vital (Sánchez-Ramírez, 2010: 400).

Se atraviesan además otras intersecciones que sitúan a quienes se está investigando, tales como la clase, la religión, la pertenencia o no a una etnia, la edad, la preferencia sexual, la escolaridad, entre otras. Esto, aplicado a la salud ha permitido mirar desde un nuevo lente, realidades que quedaban generalizadas desde la medicina hegemónica y su visión androcentrista sobre la salud-enfermedad de la humanidad (véase las obras de Carme Valls-Llobet, 2010 y Teresa Ortiz, 2006; entre otras). Por tanto, se estima imprescindible abordar el tema del aborto inducido, desde este enfoque, ya que es una realidad que atraviesa ineludiblemente las decisiones y el cuerpo de las mujeres que lo transitan, y porque la forma en que esto ocurre dependerá de las diversas intersecciones y redes de apoyo y atención de las que dispongan.

Así mismo, esta investigación sobre parteras indígenas y no indígenas de zonas rurales y pobres en Chiapas, tiene la intención de desmarcar el cliché que se ha hecho desde una visión antropológica occidental sobre las mujeres del sur de México (violentadas, desposeídas y desempoderadas), ya que al menos desde el movimiento zapatistas de 1994 quedó de manifiesto que las mujeres indígenas tenían su propia agencia, y ello ha sido resignificado a principio del siglo XXI por la nueva mirada de la antropología feminista (Jules Falquet, 2001; Aida Hernández, 2001; entre otras). Así se ha podido resignificar la agencia que las mujeres indígenas y rurales de regiones empobrecidas como Chiapas, tienen en su hacer política, su cuestionamiento de usos y costumbres, y su realización de prácticas frente al poder patriarcal. Gracias a que se contaba con los contactos de organizaciones que trabajaban directamente con la asistencia para la interrupción libre y voluntaria del embarazo con medicamentos y la capacitación de parteras, se trazó una ruta de trabajo localizando a cinco parteras situadas en una región fronteriza con Guatemala, y cinco más en la región altos de Chiapas, formando un total de diez participantes, durante los meses de marzo a junio 2018, quienes a su vez, permitieron la grabación de sus experiencias en cuanto a su trabajo como parteras que conocen y utilizan medicamentos para la interrupción de embarazos no deseados. Para conocer estas prácticas desde un enfoque cualitativo, se les realizaron entrevistas semiestructuradas desde el enfoque de la etnografía feminista.

Para fines de salvaguardar a las parteras tradicionales, las entrevistas realizadas se hicieron personalmente, en sus espacios de trabajo (generalmente sus hogares)

y dado que la práctica del aborto está penalizada en Chiapas, los nombres fueron cambiados y su ubicación exacta omitida. Como parte del proceso inicial, se solicitó a las participantes un consentimiento informado por escrito.

En este caso las mujeres parteras entrevistadas son pobres, la mayoría con poca o nula escolaridad y profesantes de religiones que se oponen al aborto, pero se erigen como agentes indiscutibles en los espacios donde ni los servicios de salud (con su persistente precariedad en el sur de México) ni el Estado, que se niega a despenalizar el aborto en todo el territorio aun a sabiendas que viola derechos humanos de las mujeres, puede frenar el compromiso, la sororidad y la seriedad del actuar de estas parteras tradicionales.

Así, esta investigación tuvo dentro de sus intereses, conocer los puntos de vista de las parteras tradicionales respecto a la interrupción del embarazo dentro de un contexto que penaliza al aborto inducido, lo cual pone de manifiesto la asimetría de poder entre cuerpo femenino autónomo versus infantilizado por el Estado, al decidir sobre la voluntad de una mujer para ser madre o no. En este sentido, y siguiendo a Patricia Castañeda, el trabajo está motivado por un interés de emancipación en el que se pretende realizar la investigación “de, con y para las mujeres” (Castañeda, 2008:14) con la finalidad de seguir contribuyendo en la documentación científica de los saberes de las mujeres en el mundo.

De acuerdo con la ruta de trabajo que se pudo realizar, se contactaron a un total de nueve parteras tradicionales, que tenían la característica común de haber sido alguna vez capacitadas para el uso medicamentos para interrumpir el embarazo de manera segura, por medio de una asociación civil internacional. Esta asociación tiene como finalidad capacitar y dotar de métodos anticonceptivos a población que por diversas circunstancias tiene problemas de acceso a ellos, así como dar capacitación en salud sexual y reproductivas a médicos, médicas enfermeras, parteras y promotores de salud que se los soliciten, sus servicios no son gratuitos, pero cobran de acuerdo con las necesidades del público con el que trabajan.

Se entrevistaron a cinco parteras en una zona del centro del estado de Chiapas (denominada por nosotras como Zona A) y cuatro parteras situadas en una zona que hace frontera con Guatemala (denominada por nosotras como Zona B). Estas dos regiones se eligieron de acuerdo con la aceptación para participar en el estudio de las parteras entrevistadas frente a un tema penalizado en Chiapas.

Todas ellas permitieron la grabación de sus experiencias en cuanto a su trabajo como parteras que usan medicamentos para la interrupción de embarazos no deseados. Para conocer estas prácticas se realizaron entrevistas semiestructuradas, mismas que posteriormente fueron transcritas. Así mismo se llevó un diario de campo que sirvió de guía a la hora de realizar el análisis de la información. La transcripción se

hizo en Word y algunas tablas comparativas en Excel para procesar la información, así como el uso del Atlas T.

Con la finalidad de salvaguardar a las participantes, las entrevistas realizadas se hicieron personalmente y dado que la práctica del aborto está penalizada en Chiapas, y en la mayor parte del país, los nombres fueron cambiados y su ubicación exacta omitida. Como parte del proceso inicial, se solicitó a las participantes un consentimiento informado por escrito (Sánchez-Ramírez, 2016:251). En el caso de una participante que no tenía manejo de la lectoescritura, se optó por el apoyo de una intérprete para garantizar el anonimato y confidencialidad de todas las participantes. El trabajo de campo se realizó entre marzo y julio del 2018.

Para la clasificación de la información en este trabajo se consideraron 3 categorías desde que se diseñó el instrumento de la entrevista: 1) sororidad, ¿cómo es la ayuda? y 3) ¿cómo llegan las mujeres?

En la tabla 1 se pueden observar las edades de las parteras y los años de servicio que tienen ejerciendo, demostrando con ello, la larga experiencia de sus prácticas. La iniciación dentro del campo de la partería se da por lo regular a edades muy tempranas, algunas atendiendo partos desde los 14 años.

En cuanto a la escolaridad, las hay sin escolaridad hasta con preparatoria terminada, pero dado que todas son parteras tradicionales, lo interesante aquí es ver la vía de obtención de conocimientos; la mayoría de las parteras que participaron en este estudio dijeron haber aprendido el oficio de la partería a través del conocimiento heredado por la abuela, la madre, la hermana o en su caso por la suegra. Aunque también se encontraron casos donde este conocimiento fue adquirido a través de los sueños, registrado también por otras investigaciones como la de Sánchez-Ramírez y otros (2015) y Ollinca y Freyermuth (2018).

Para el caso específico de la lengua materna, ésta por lo regular se encuentra relacionada con la zona de dónde son originarias, aunque no es una determinante y es importante mencionar que todas las parteras que narraron sus experiencias hablaban castellano ya sea como primera o segunda lengua, por lo que no fue necesario contar con traductora para el trabajo de las entrevistas. Reconocemos que una limitante de este estudio fue el no indagar en la cosmovisión maya de las culturas tostsil, tseltal, y tojolabal a las que pertenecen algunas parteras, lo cual sería interesante en posteriores estudios. Sobre sus prácticas religiosas, la mayoría declararon que profesan la religión católica; este aspecto es muy particular, ya que dicha característica no las limita para la realización de abortos inducidos, a pesar de la radical postura de la iglesia católica al respecto.

Las parteras de este estudio son mujeres con escasos recursos económicos, que atienden en su propia casa, y que son reconocidas en sus comunidades por todo lo

Tabla 1. Características generales de las parteras entrevistadas

NOMBRE	EDAD	ZONA	ESCOLARIDAD	AÑOS DE PARTERA	ADQUISICIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LA PARTERÍA	LENGUA MATERNA	RELIGIÓN
Doña Isabel	53	A	Primaria incompleta	20	Conocimiento heredado por la suegra	Tseltal	Católica
Doña Luz	63	A	Primaria incompleta	25	Conocimiento heredado por la hermana	Castellano	Católica
Doña Rosario	39	A	Primaria incompleta	16	Conocimiento adquirido a través de sueños	Tsotsil	Rituales de
Doña Josefina	47	A	Sin escolaridad	25	Atendió su propio parto, "conocimiento empírico"	Tseltal	Católica
Doña Antonia	36	A	Primaria incompleta	12	Conocimiento adquirido a través de los sueños y madre	Tseltal	
Doña Socorro	62	B	Preparatoria terminada	43	Conocimiento heredado por la abuela	Castellano / Tojolabal	Católica
Doña Gertrudis	66	B	Primaria incompleta	45	Conocimiento heredado por la madre	Castellano / Tojolabal	Católica
Doña Angelina	36	B	Secundaria completa	16	Conocimiento heredado por la madre	Castellano	Católica
Doña Lupita	57	B	Secundaria terminada	40	Conocimiento heredado de la madre	Castellano / Tojolabal	Católica
Doña Margarita	59	B	Primaria terminada	45	Conocimiento heredado de la abuela y madre	Castellano / Tojolabal	Católica

Fuente: Elaboración propia con base en trabajo de campo

que hacen en favor de la salud; lo cual no las exime del estigma que sobre ellas puede caer al saber que realizan abortos, como parte del juego de doble moral social; las juzgan, pero acuden a ellas cuando las necesitan para interrumpir de manera segura un embarazo no deseado en estas regiones alejadas de los lugares donde el aborto no es punible en el país.

Resultados

El aborto con parteras indígenas, rurales y sororales

Como se ha mencionado en la metodología para este trabajo, se obtuvo la información a través de 3 categorías: 1) Sororidad, 2) ¿Cómo es la ayuda (procedimiento), y 3) ¿Cómo llegan las mujeres? Las entrevistadas fueron muy claras al mencionar que antes de que ellas conocieran y usaran los medicamentos para abortar, esta práctica casi nunca se mencionaba como aborto, se decía “dejar pasar” (similar a lo que mencionan Castañeda y otros 2003) y que ahora es más común que se diga interrupción, con lo que se le quita un poco el tremendo peso del estigma que el aborto puede tener en su contexto. Una de las interrogantes principales que nos hicimos fue el por qué lo hacen si saben que es algo muy sancionado socialmente y que además corren el riesgo de ser acusadas ante la ley, incluso por los propios servicios de salud hegemónicos. Encontrando para nuestra sorpresa que, sin estar formadas dentro de alguna corriente feminista o de género y salud, tienen muy claro el por qué se alían con las mujeres que las buscan para abortar.

¿Sororidad o por qué lo hacen?

Mónica Pérez (2014) define a la sororidad como un término derivado del latín *soror* que significa hermana, es una forma de referirse a la hermandad entre mujeres con respecto a las cuestiones sociales de género. Relaciones que pueden generar alianzas, complicidad y resistencias. Es un término acogido y propuesto por algunos feminismos; por tanto, esta categoría se refiere al apoyo entre mujeres ante la búsqueda de una solución para un embarazo no deseado de manera segura y sin ser juzgadas por el acto, y si bien las entrevistadas no lo nombran como tal, sus prácticas nos condujeron a esa luz.

Isabel (Zona A): Yo ayudo, una por ser mujer y todas pasamos por diferentes situaciones en la vida al tener un embarazo que a veces no es deseado o que a veces tienen problemas con la pareja, muchas dicen: —Es que yo no quiero embarazarme o no lo quiero tener porque mi marido no me da dinero para alimentar—. Muchas cosas de esas, entonces es ahí en donde una le empieza a explicar:

—Bueno, sí hay un tratamiento para esto, es delicado pero ustedes tienen que valorar— ya me explican y entonces yo digo, soy mujer y en mi caso lo haría si estoy viendo cómo está sufriendo esa mujer, por eso siempre les aconsejo que tiene que ver la situación de vida que tengamos, porque de qué sirve que venga a sufrir un bebé que no tiene ni ropa, pues a mí se me conmueve mi corazón lo que explican y lo que veo, es lo único, cuando dicen: —Es que yo no tengo dinero o qué voy hacer ya con un hijo—.

En este caso se pueden encontrar dos elementos que ayudan a una mayor comprensión de los motivos que esta partera tiene al dar atención a los casos de aborto inducido; la sororidad al compartir su condición de género y la empatía que encuentran al ver la situación de vida en que están enfrentando las mujeres cuando le dice que no tienen recursos económicos para hacer frente a su maternidad, lo cual incluso es una de las causales permitidas por la ley en dos estados del país (Michoacán y Yucatán) respecto al aborto.

Doña Luz (Zona A): Bueno, lo que a mí me motiva es que a veces vienen ellas con mucha necesidad y es que nosotros vemos cuando hay mucha necesidad, en el 2016 se murieron dos chamacas, una señora ya con cinco meses de embarazo y la otra con tres meses, se mataron, se suicidaron aquí en el municipio porque no tuvieron otra salida pero fue en el 2016, que no nos buscaron, si hubiera venido aquí antes y aunque no tuvieran su dinero, la organización que nos vende el medicamento tiene la capacidad y autoriza que a esa gente se le dé gratis, eso es lo que me han dicho, que hay la posibilidad de ayudar gratis porque no tienen dinero, no tienen, no tienen nada, yo siempre les digo: —Miren, no tienen por qué contarme yo no soy nadie que tenga que juzgar, somos amigas y yo las voy a ayudar y no quiero que me estén contando historias porque ustedes saben y ustedes van a decidir qué quieren hacer con su vida y yo, si puedo, las voy a ayudar siempre y cuando estén a tiempo. Y ya me empiezan a decir la última fecha de su período [menstruación] para ver si todavía hay tiempo.

Esta narrativa es incluso conmovedora ya que se centra en el interés por la persona, y por ende en la mujer. En primer lugar, al referirse a que ninguna mujer debe de suicidarse por no contar con el apoyo para intentar interrumpir un embarazo que no desea, en segundo lugar, al mostrar su disposición a apoyar sin cuestionamientos a otras mujeres, cosa que tantas mujeres desearíamos en muchas decisiones que comprometan nuestro cuerpo y nuestra salud.

Rosario (Zona A): Muchas de las mujeres que abortan son estudiantes y así piden sus medicamentos para abortar, ellas me necesitan para que las ayude y yo las quiero ayudar para que no tengan un embarazo que no quieren, yo lo hago por ayudar solo.

Al igual que el caso anterior, se puede observar el interés centrado en la persona, y donde al parecer las mujeres estudiantes (jóvenes) tienen más clara la existencia de medicamentos autoadministrado para abortar.

Josefina (Zona A): Bueno, en mi caso, yo pienso que hay muchas mujeres que buscan interrumpir su embarazo porque apenas está gateando un hijito y ya viene el otro, entonces yo he tenido esa necesidad y por eso decido apoyarles porque pues la pareja ya no quiere porque ya está un niño y viene ya el otro, entonces he tenido la necesidad de apoyarlas y una vez que pasa ya les hablo de planificación familiar y así ya no se sigan embarazando, pero ya es una necesidad porque de verdad desde que llevo haciendo este trabajo no me han venido a buscar madres solteras, más bien vienen con sus parejas y sí me han tocado muchos casos y por eso mismo ya tiene dos, tres o cuatro hijitos y ya el papá dice: —Ya no quiero, porque ya no puedo, ni caite [zapatos] le puedo dar a mis hijitos, ¡hágame usted el favor!, ¡apóyeme usted! Y es que la verdad no tienen lo económico para poder criarlos a sus hijos y es que sí da lástima—.

Esta narrativa en particular es muy parecida a la de Isabel, en donde las razones para ayudar a las mujeres a interrumpir un embarazo se deben a su situación económica, al tener ya muchos hijos y no encontrarse en la posibilidad de mantenerlos, incluso las parejas solicitan a la partera que les ayude. Aquí el cuestionamiento sería qué está pasando con la satisfacción de la demanda de anticoncepción masculina.

A diferencia de las parteras de la Zona A, en la Zona B no mencionaron tan enfáticamente la situación económica para prestarles el apoyo.

Angelina (Zona B): De hecho, desde que me vienen a buscar yo les hablo y les explico que hay un kit5 que les puede ayudar y es 100% efectivo, yo siempre les digo eso a las mujeres para que se sientan seguras porque siempre vienen con ese miedo y dejo que me hagan preguntas hasta que ya no quedan dudas, se van y ya te haces como amiga y te escribe y te dicen: —Hola, buenos días, que miré esto, — Y ya les digo; Tranquilas no pasa nada. Hay que darles seguridad para que estén más tranquilas y a veces no solo es hacerse la interrupción porque también se involucra que la familia o la pareja, sino que es todo, entonces ellas se involucran más en eso que en su propio problema y el qué dirán y empieza el temor y ahí es donde tenemos que entrar nosotras [las parteras].

En esta narrativa destaca el entendimiento de la partera sobre lo que implica el estado emocional de las mujeres en su salud, no solamente resuelve el problema del embarazo no deseado, sino que funge también como una persona que inspira confianza y acompañamiento. Es interesante también reflexionar la forma en que logra que las mujeres se sientan seguras del procedimiento que están realizando, ayudándoles a recuperar seguridad y autonomía en sí mismas, lo contrario a culpabilizarles por su decisión.

Lupita (Zona B): Yo fui madre soltera y me hubiera gustado que me ayudaran, tengo una hija, me embaracé a los 17 años. Ahora que vienen pues yo platico primero con las muchachas porque yo más trabajo planificación familiar, les pregunto por qué no utilizaron sus métodos, pero pues ya cuando se embarazan pues no queda más que apoyarlas o enviarlas a un lugar en donde las puedan apoyar. Nosotras no las debemos de abandonar porque las niñas, bueno yo las llamo niñas, aunque tengan 18 años, porque hacen cosas indebidas que les perjudica la salud y la vida a veces por tomar cosas que nos son correctas. Trato de aconsejarlas, que piensen bien lo que están haciendo porque, puede ser un momento de desesperación que se pelearon con el novio o con el marido, entonces yo no, yo definitivamente el día que vienen no les digo rápido que sí, las escucho y les digo piensa bien las cosas que vas hacer, haz un ultrasonido y ven con tu pareja o con un familiar, yo no sé con quién porque hay otro detalle: si les pedimos un familiar pues a veces no quieren que lo sepan, entonces que venga la pareja, tiene que involucrarse y estar en el proceso, que se dé cuenta lo que sufre la mujer también [haciendo referencia a las molestias que se presentan en el cuerpo de las mujeres al realizarse un aborto con medicamento].

Lo primero que se destaca de esta narrativa es visibilizar que la partera les ofrece elementos para que reflexionen, devolviéndoles a las mujeres la responsabilidad de sus decisiones. El darles tiempo a las mujeres de pensar sobre la posibilidad de interrumpir un embarazo no deseado, comprendiendo incluso cuestiones de dinámicas de pareja jóvenes, la partera no ve en esta asistencia una cuestión lucrativa, al dejar la posibilidad abierta de que las mujeres regresen o no, para realizarse la interrupción.

Margarita (Zona B): A veces vienen las muchachas y dicen que hay algunas que las violan, algunas que también los padrastros, algunas que, pues viene la pareja y que no lo quieren tener, pero viendo la necesidad, entonces sí se les puede dar, que no sea de muchos meses, que sería de unos cuatro, cinco, seis semanas de embarazo.

Esta narrativa hace alusión a los casos atendidos de violencia sexual (a pesar de estar reconocido como causal permitida de aborto en todo el país) que enfrentan las mujeres que buscan interrumpir un embarazo no deseado, resultado muchas veces de un abuso realizado incluso dentro del mismo núcleo familiar, dejándolas más vulnerables y con un riesgo latente que pone en peligro su vida y su salud, no solo física sino también emocional, por ello, la atención oportuna de la partera en estos casos resulta crucial.

¿Cómo es el procedimiento que da confianza?

Como ya se mencionó, la OMS (WHO, 2015) establece de manera muy precisa cómo se debe llevar a cabo una interrupción con medicamento, con una ruta muy clara de pasos a seguir, por ello, uno de los cuestionamientos principales para asegurar que las parteras del estudio realizan de manera segura la interrupción de la gestación era indagar sobre cómo lo hacían.

Doña Luz (Zona A): Vienen muchachas de las escuelas, siempre y cuando vengán acompañadas de alguien porque alguien lo tiene que saber porque también corre el riesgo que la mamá se entere, no sé como pero se puede enterar, y ahí sí vamos a ir a la cárcel porque no se está tomando en cuenta la familia o alguien de adulto que venga con esa muchacha... Ellas vienen aquí, ya platicamos y le digo como aplicar el medicamento, se van a tomar una primera pastilla aquí, lo quieren llevar o quieren volver a venir, de todos modos yo les voy a dar las instrucciones y lo van a hacer tal y como es el protocolo o las indicaciones, les digo, y me dicen: —Sí lo voy a llevar. —Déjame tu número [de teléfono] y te voy a estar marcando a tales horas; porque como ya les di la primera les digo, la segunda dosis va a ser hasta que pase 24 horas, se van a aplicar otras 4 y así yo ya calculo la hora que les voy a marcar para ver cómo están y les digo todos los síntomas. Los síntomas son después de tomar el misoprostol mareo, puede dar diarrea, calambres en el vientre, fiebre y vómito, esos son los síntomas uno de todos les puede dar. Yo les tengo que decir que tienen que regresar 21 días después de tomar el medicamento para hacerles otro prueba para ver si quedaron limpias para que yo esté segura que sí salió porque yo les digo también que quedan muy fértiles y si a los 8 o 15 días vuelven a tener relaciones sin protección vuelven a embarazarse y no vayan a decir que mi medicamento no sirvió, entonces sí tienen que regresar a los 21 días, antes de tener relaciones para que veamos que quedaron limpias, —Ustedes se van a guardar un mes en lo que regresan a hacerse su prueba. Hay quienes regresan y quienes no regresan, pero estoy pendiente de ellas por teléfono. Es tomada una pastilla y 24 hora después 4

que se aplican entre las encías y las mejillas, vaginal es algo que nunca he hecho nunca lo he trabajado así, eso me da miedo porque la pastilla va a estar en el cuello de la matriz, yo me imagino o pienso que puede hasta provocar molestias o una llaguita o no sé, yo no hago ese tipo de trabajos y para el dolor les digo que tomen ibuprofeno.

Se pueden observar en esta narrativa 4 elementos de un aborto seguro según la OMS: 1) solicitar que la mujer venga acompañada de alguien cercano, 2) las instrucciones correctas de uso del medicamento de manera ordenada, 3) el seguimiento a la paciente por teléfono, el chequeo después de 21 días para garantizar que el procedimiento se completó y 4) hacer una revisión de salud post evento. Como una medida muy suspicaz por parte de las parteras aclaran a las mujeres de qué manera no se usa el medicamento (vía vaginal) para evitar evidencias si hay una complicación que puede ser motivo de maltrato y de denuncia en los hospitales a los que tuvieran que acudir. Una cuestión muy particular aquí es que la partera aclara que quedarán fértiles después de determinado número de días, para que sean las propias jóvenes las que estén conscientes y tomen sus propias precauciones.

Rosario (Zona A): A veces pasa así, de mujeres que pasan por violencia y abusos, me han tocado dos o tres casos de esos, ellas solitas me dicen que pasan por cosas así y que las agarran a la fuerza y las violan, las mujeres que vienen me preguntan si tengo medicamento para que baje su regla, casi no dicen que vienen a abortar, es más bien que vienen porque quieren que les baje su sangrado. Primero lo tengo que saber qué tiempo tienen que no les baja para saber el tiempo del embarazo, yo las toco para saber el tiempo que tienen porque se siente en la matriz cuando está ocupado, se toca el vientre y arriba de su pubis, y así ya lo veo si es embarazo o si solo es un retraso y ya para confirmar lo voy a sacar una prueba de embarazo, también hay síntomas que son de embarazo, cuando es retraso no hay síntomas eso a veces es la diferencia, en algunas mujeres hay mareo, vómito o dejan de comer, a veces da dolor de cabeza. Primero mifepristona y luego el misoprostol después de las 24 horas y así sale bien.

En este caso se puede observar que, aunque no es muy detallada la forma de aplicación del medicamento, sí hace alusión al tipo de medicamento que utiliza, así mismo, considera la importancia de saber las semanas de gestación como una determinante para llevar a cabo el procedimiento. A diferencia de la primera narrativa, ella no solicita el acompañamiento familiar de las mujeres que recurren a su ayuda para interrumpir un embarazo; es interesante ya que, desde un principio, menciona el hecho de atender a mujeres que han sido víctimas de abuso sexual, considerando la situación que enfrentan las mujeres en estos casos, muchas veces el acompaña-

miento se verá permeado por el grado de inseguridad y miedo que estas mujeres que acuden con las parteras pueden estar enfrentando solas.

Para el caso de las parteras de la Zona B, podemos observar que utilizan estrategias más modernas.

Socorro (Zona B): Yo nunca trabajo así no más al aire, yo siempre trabajo con estudios y con ultrasonido para que no me mientan en el tiempo y vaya yo a meter las patas como se dice, para evitar equivocarse en el tiempo y que ha habido mujeres que se hacen la prueba de embarazo y sale positivo y sí puedo checarlas y sí puedo ver el tiempo pero si hay un embarazo ectópico también es mucho peligro y la verdad no hay nada mejor que tener un ultrasonido en la mano, para todas las enfermedades y todas las consultas que vienen hombre o mujer yo mezclo las tres cosas: medicamentos, hierbas y todo lo que es homeopatía y eso es un gran beneficio porque no hay tanta dificultad y es más rápido. Para el caso de la interrupción también hay hierbas para eso que se mezclan con el medicamento que aplico y la persona o paciente queda muy satisfecha porque se evita mucho dolor, inflamación y es más rápido. Ellas vienen y me dicen lo que necesitan, platicamos y yo la escucho y que se desahoguen, al final le digo, ¿estás segura? y la oriento porque no es nada más hacer por hacer, hay que orientarla, como católica la oriento y le hago ver las cosas y al final pues, la decisión es de ella, —Piénsalo— le digo, —piénsalo, ese bebé te puede pasar un vaso de agua, yo concientizo. Mire, yo me he preparado para eso; primero se toma una pastilla la mifepristona y a las 24 horas después de la primera pastilla se les da 4 de misoprostol que se aplican entre las mejillas y las encías, después les doy a tomar un té endulzado por si les baja la presión o por si les da náuseas, es un té especial y espero una o dos horas y empieza el sangrado y si ella se quiere ir a su casa se puede ir o si quiere estar aquí se puede quedar pero más se van a su casa y entonces ya después del tratamiento y su remedio llevó un control por teléfono hasta que me aseguro que pasa todo. Saber las semanas de gestación y el ultrasonido es para que yo me sienta tranquila, no importa si vienen acompañadas o no, yo no pido eso. Yo ayudo a una mujer siempre y cuando me traiga su ultrasonido para no poner en peligro su vida y su salud porque ya ve que ahorita hay mucho embarazo ectópico y en casos como esos, ningún medicamento le va a hacer efecto porque no es un embarazo normal, si yo sé cuantas semanas tiene y el ultrasonido está bien y es un embarazo normal y dentro del protocolo de las semanas, yo lo apoyo y no me siento mal porque siento que estoy ayudado a una mujer.

Se consideraron aquí algunos elementos más modernos como el uso de ultrasonido para determinar las semanas de gestación y saber las condiciones del embarazo, también la combinación de medicinas alopáticas y alternativas, existe un

acompañamiento y un seguimiento del procedimiento y se menciona el hecho de hacer una labor de concientización sobre el aborto (porque es católica dice), pero recalca también el hecho de respetar la decisión de las mujeres a continuar con la interrupción del embarazo aunque se vea contrariada su propia creencia religiosa, incluso mostrando finalmente su convicción: “no me siento mal, porque siento que estoy ayudado a una mujer”.

También hay casos en donde se guían por la fecha de última menstruación, lo cual está siendo avalado por otros estudios a nivel internacional donde, consideran fiable la fecha de la última regla aportada por la mujer para realizar una interrupción con medicamento de manera segura (véase Raymond & Bracken, 2015).

Margarita (Zona B): Bueno, por ejemplo, las capacitaciones que nos han dado consistían en tomarse la primera que es la mifepristona —Ajá, tomarse esa, a las 24 horas una en cada muela de misoprostol y las otras dos a las 12 horas más tomadas. Ellas me dan su fecha de última menstruación, por ejemplo, viene una persona y me dice: —Oye el 25 fue mi última menstruación. Entonces ya hago cuentas del 25, quince días más, es lo que hago yo las cuentas, ya veo cuántas semanas trae.

“Viene gente de todo tipo”. Las mujeres buscan a las parteras

Con esta categoría ¿cómo llegan las mujeres? se pretendía conocer la manera en que las mujeres buscan y llegan hasta dónde estén las parteras que realizan interrupciones, así como a qué estrato social pertenecen.

Doña Luz (Zona A): Se tiene que pensar en las mujeres maltratadas, hay que ayudar, hay que preguntar porque a veces vienen muy tristes las mujeres y cuando les pregunto qué les está pasando, me dicen: —Mire usted, es que mi marido se fue a emborrachar y no me trajo dinero y todavía me pegó... y así quiere que yo siga teniendo más hijos. La mayoría son mujeres jóvenes, de 18 a 20 años, también de 25 años. Hay muchas formas como ellas se relacionan conmigo y me dicen, por ejemplo, la que vino anoche mandó a una muchacha y me dijo: —Oiga, me dijeron que usted hace pruebas de embarazo. —Sí, le digo. —Y ¿a cómo lo da usted? —No mira, lo que pasa es que aquí hago yo la prueba y cobro \$25 pesos (1 USD aprox). —Ah, está bueno, le voy a decir a mi amiga. Se fue la muchacha y ya en la noche vino la otra muchacha solita. Empiezan a platicar pues, con pena que no puede tenerlo por diversos motivos. La mayoría son solteras, vienen personas de dinero se puede decir, con recursos y hasta de buena familia, pero

es por lo mismo que es anónimo, entonces buscan cómo van a interrumpir su embarazo y la mayor parte son de rancherías, gente muy humilde, viene gente de todo tipo.

Lo primero que se observa en este caso es que acuden mujeres víctimas de maltratos y con problemas económicos para mantener a un nuevo hijo (esto sería bajo las causales de violencia y condición económica) y también se puede observar que acuden mujeres que tienen la voluntad de interrumpir su embarazo sin dar más explicaciones (lo que sería el respeto total al aborto libre, seguro y voluntario). Resalta también en la narrativa que para las mujeres que acuden nunca es fácil solicitar el apoyo directamente, lo cual depende de la confianza que les infunda la partera, así mismo, la entrevistada refiere que llegan mujeres de todos los estratos sociales y ella lo atribuye a la discreción con la que se realiza dicho procedimiento, y que se considera necesario, dado el contexto.

Josefina (Zona B): Ellas vienen y me platican lo que les pasa, me dicen: —Mire doña Josefita, yo vengo así y necesito que me haga favor de darme una ayuda, mire usted que yo traté de cuidarme para no quedar embarazada y llevo tanto tiempo de que no me baja mi menstruación. Así me lo dicen desde el principio y cuando a veces no tiene el ánimo la muchacha, habla el hombre, ya el hombre me dice: —Nosotros no más venimos tía [modismo chiapaneco para reafirmarse a las mujeres maduras] a pedirle un favor de verla mi esposa porque no nos cuidamos y quedó embarazada y la verdad no fue un embarazo pensado y nosotros lo que queremos es que aborte —porque así es como lo dice la gente aquí, ellos no hablan de interrupción, solo aborto, —eso es lo que queremos, ¿cómo nos puede usted ayudar? Así derecho, no vienen con pena, más bien cuando vienen, me hablan y me dice que quieren platicar conmigo y entonces yo ya lo sé y nos encerramos a platicar sus historias. Hay muchas que llegan sin dinero, como le digo, a veces no traen nada y se echa de ver rápido la persona cuando no tienen dinero, también a veces vienen personas con dinero, pero a mí me da igual, yo las atiendo por igual a todas, a mí no me gusta decirles que porque traen dinero dame tanto y así... le digo, que es increíble luego ver a personas que vienen con sus carros.

Este caso en particular muestra la relación que también los varones establecen con la partera, resultado de una confianza previa (puede ser atención a partos anteriores) en dónde ellos solicitan abiertamente el aborto a nombre de su pareja. Destaca además que al igual que en la narrativa anterior, acuden personas de diferentes estratos sociales “le digo que es increíble ver a personas que vienen con sus carros”, lo cual también se atribuye a la alta confidencialidad que se establece con las parteras.

Para las parteras de la Zona A entrevistadas destaca entonces que llegan con ellas mujeres de diversas situaciones socioeconómicas. La forma en que solicitan la ayuda oscila entre quienes llegan con mucha pena y las que lo dicen abiertamente. También hay casos en los que incluso es la pareja quién expone y solicita el procedimiento. Como se muestra a continuación, esto es similar para las parteras de la Zona B.

Socorro (Zona B): Aquí vienen de todo, vienen solas o acompañadas, con su mamá o con su abuelita, viene con un tío, con su pareja, con su esposo, de todo, parejas formales, estudiantes, tanto gente que tiene recursos como gente que no tiene, hasta gente que puede ir o pagar a un ginecólogo, pero vienen conmigo. Mire, vienen parejitas tan pobres que no se les puede cobrar y por lo regular son jóvenes, aunque lo que sí atiendo bastante son a jóvenes, pero en planificación familiar.

Llama la atención en las narrativas la diversidad de mujeres que acuden con estas parteras y que, en la mayoría de los casos, no acuden solas, en el caso de las mujeres mayores acuden incluso con sus esposos a solicitar las interrupciones aduciendo al hecho de que se “descuidaron”.

Gertrudis (Zona B): Son mujeres que vienen de lejos y son de comunidades de aproximadamente una hora y media de traslado, son más señoras y menos muchachas jóvenes, algunas de aquí mismas y vienen con sus mamás y para las personas adultas vienen sus esposos.

Conclusiones

Las parteras tradicionales son un gran capital humano, más aún en regiones empobrecidas, ya que tienen una serie de características que las hacen hermanarse con otras mujeres, ya sea dentro o fuera de sus comunidades, generando lazos de empatía necesarios para la atención del aborto seguro y voluntario. La cercanía geográfica, la disponibilidad de tiempo, el idioma, y el lenguaje oral y corporal de ellas hacia las mujeres que las buscan, generan relaciones de solidaridad y de secrecía; de tal manera que, cuando se despenalice el aborto en todo el territorio mexicano, las parteras tendrán que ser visibilizadas y reconocidas en su contribución para salvaguardar la vida de las mujeres en edad reproductiva, de manera cálida, segura y confidencial, y más en los casos en los que hacen un correcto uso de los medicamentos para interrumpir un embarazo, como es el caso de los resultados de este estudio.

Para que ello se dé, son necesarias ciertas condiciones, no todas ligadas directamente a la partería. La primera es despenalizar el aborto en todo el país tal y como lo mencionan en su informe Singh y otros (2018) sobre lo que propicia menos interrupciones inseguras, tanto para las mujeres que requieren un aborto como para quienes les apoyan en ello. En este caso las parteras tradicionales. Esta despenalización debe acompañarse de la liberalización real de la venta de los medicamentos requeridos para las interrupciones en todo el país (mifepristona y misoprostol) tal y como lo estipula la OMS.

También, y coincidiendo con Juárez y otros (2019), es indispensable continuar con más estudios en otras zonas sobre las interrupciones realizadas por parteras con la finalidad de corroborar su debida capacitación y acceso a los medicamentos para garantizar la seguridad de sus intervenciones, y desmitificar las ideas retrógradas que sobre su profesión aún proliferan.

Es preciso abrir las capacitaciones para las parteras sobre el uso de medicamentos para abortos seguros (tal como lo menciona la WHO, 2015) y ampliar así las opciones de las mujeres (vulnerables o no) para tener interrupciones seguras y consientes.

Como se mencionó en los antecedentes de este capítulo, diversas investigaciones reconocen el papel que las parteras han tenido en la atención de abortos seguros en países en vías de desarrollo destacando la importancia de considerar a las parteras como proveedoras de una atención integral, que incluye la interrupción voluntaria del embarazo, para la disminución de muertes de mujeres en edades fértiles, en contextos en donde existe una amplia diversidad y desigualdad de condiciones sociales que repercuten en la salud de las mujeres, afectando mayoritariamente a las que se encuentran en un alto grado de marginación y vulnerabilidad. Este sería también el caso de México, a lo que habría que añadir la necesidad de revalorizarlas desde el sistema de salud como una muy pertinente primera línea de atención, sin discriminarlas por su formación de parteras, y a la vez atender posibles complicaciones sin estigmatizar ni recriminar sus prácticas cuando sean bajo protocolos de seguridad, pero que no eximen riesgos, y salvar así la vida de las mujeres que lo requieran, sin anteponer juegos asimétricos de poder desde la medicina hegemónica versus la partería.

Hay mucho que aprender de las parteras de este estudio, su calidad y calidez para la atención de las mujeres (en especial a las que están más vulnerables en contextos pobres como Chiapas), sus conocimientos ancestrales sincretizados con los nuevos conocimientos (el uso de medicamentos de manera adecuada para interrumpir de manera segura un embarazo no deseado, combinado con té, escucha terapéutica y confidencialidad), su sororidad con las mujeres (cuando no les preguntan

el por qué, o no cobran el servicio si no pueden pagar), y el hecho de no permitir que ni la religión ni la ley les arrebatase el compromiso de ayudar a las mujeres que acuden a ellas solicitando una interrupción, similar a lo que exponen en su estudio Oppong-Darko y otros, (2017) con parteras de regiones pobres y musulmanas en África. La experiencia madura de las parteras que da seguridad a las mujeres jóvenes, que acuden en su búsqueda y auxilio, muestra otra cara sobre parteras tradicionales y aborto seguro, diferentes a los expuesto en estudios como los de Sousa y otros (2010) y Juárez y otros (2019), evidenciando que los conocimientos de estas mujeres permanecen en el tiempo (en consonancia con lo expuesto por Castañeda y otros, 2003) y que a su vez se transforman con las innovaciones que otras capacitaciones les ofrezcan; porque sin parteras, las mujeres de muchas regiones rurales, empobrecidas o indígenas tendrían una mayor desprotección sanitaria.

Se abre así una gran ventana hacia las posibilidades de otras formas seguras no hegemónicas de contribuir a la salud sexual y reproductiva en México, que en consonancia con Juárez y otros (2019) deberán ser consideradas dentro de las políticas de salud; pero también tiene un elemento clave para potenciar el poderío de la salud femenina desde el enfoque de género y salud: la posibilidad de visibilizar y aprender de las alianzas sororales entre mujeres, y más aún en la reivindicación de la autonomía para decidir de manera libre, voluntaria, acompañada, digna y segura un aborto, sin que ello quede determinado por una situación de privilegio geopolítico, social o económico, y reivindica el reconocimiento de los saberes y conocimientos de las mujeres-parteras.

Bibliografía

- Aniteye Patience, O'Brien B., Mayhew S., 2016, "Stigmatized by association: challenges for abortion service providers in Ghana", en *BMC Health Serv Res*, (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5018197/>), [Consultado: 28 de Agosto].
- Argüello, Hilda, Mateo, A., 2014, "Partera Tradicionales y Parto Medicalizado, ¿Un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los Organismos Internacionales en los últimos veinte años", en *LiminaR*, Vol. XII, núm 2, año 2, Estudios Sociales y Humanísticos, San Cristóbal de Las Casas, pp. 13-29.
- Barnard, Sharmani, Caron, K., Min, P., Thoai, N., 2015, "Doctors or mid-level providers for abortion", en *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (http://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/840/Barnard_et_al-2015.pdf?sequence=5&isAllowed=y), última actualización: julio, 2015, [Consultado: 24 de marzo].

- Berrio, Lina & Loggia, S., 2014, “El estado de las parteras en el Mundo 2014: Oportunidades y retos para México”, en *Organización Panamericana de la Salud, Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, Fondo de Población de las Naciones Unidas*, Ciudad de México, pp. 2-18.
- Berrio, Lina, 2015, “Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenas”, en *Género y Salud en Cifras*, vol. 13, núm 3, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ciudad de México, pp. 3:4-12.
- Castañeda, Xóchitl, Billings, D & Blanco, J., 2003, “Abortion Beliefs and Practices. Among Midwives(Parteras) in a Rural Mexican Township”, en *Women & Health*, vol. 37, núm 2, Mujer y salud, Ciudad de México, pp. 73-87.
- Centro Legal para Derechos y Políticas Públicas, 1997, “Derechos Reproductivos de las Mujeres en México: Un reporte sombra”, en *Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas*, Nueva York, pp. 1-13.
- Cleeve Amanda, Byamugisha, J., Gemzell-Danielsson, K., Tumwesigye, N. y otros, 2016, “Women’s Acceptability of Misoprostol Treatment for Incomplete Abortion by Midwives and Physicians -Secondary Outcome Analysis from a Randomized Controlled Equivalence Trial at District Level in Uganda”, en *PLoS ONE*, (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149172>), [Consultado el 28 de Agosto].
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2012, “Informe de pobreza y evaluación en el estado de Chiapas 2012” en *CONEVA*, 2012, (<https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Chiapas/principal/07informe2012.pdf>), [Consultado el 28 de junio de 2019].
- Constitución Política de Los Estados Unidos Mexicanos, (<https://mexico.justia.com/federales/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos/gdoc/>), [Consultado el 25 de marzo de 2019]. Dirección general de Epidemiología, 2018, “Mortalidad materna en México, 2018”, (https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/413485/MMAT_2018_SE46.pdf), [Consultado el 23 de marzo de 2020].
- Falquet, Jules, 2001, “La costumbre cuestionada por sus fieles celadoras: reivindicaciones de las mujeres indígenas Zapatistas” en *Debate feminista*, Vol. 24, núm.2, año 12, Centro de Investigaciones y Estudios de Género (CIEG) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Ciudad de México, pp.163-190.
- Fawole Adeniran, Diop, A., Adeyanju, A., Aremu, O., & Winikoff, B., 2012, “Misoprostol as first-line treatment for incomplete abortion at a secondary-level health facility in Nigeria”, en *International journal of gynecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynecology and Obstetrics*, (<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.ijgo.2012.06.012>), [Consultado el 26 de enero 2019].

- Fraisse, Geneviève, 2016, “Los excesos del género. Concepto, imagen, desnudez”, en *Colecc. Feminismos*, Cátedra, 2016, Madrid, pp.116-119.
- Fullerton, Judith, Butler, M., Aman, Ch., Reid, T. & Dowler, M., 2018, “Abortion-related care and the role of the midwife: a global perspective”, en *J Womens Health*, (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6260173/>), [Consultado el 26 de enero 2019].
- Galdos, Susana, 2013, “La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva” en *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, (http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51726-46342013000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es), [Consultado el 26 de enero 2019].
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), 2015, *Niñas y mujeres sin justicia, Derechos Reproductivos en México*, GIRE, Ciudad de México.
- Hernández, Aida, 2001, “Entre el etnocentrismo feminista y el esencialismo étnico. Las mujeres indígenas y sus demandas de género” en *Debate feminista*, Vol. 24, núm 2, Año 12, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, pp. 206-229.
- Holcombe Sarah, Aster, B., Amsale, Ch., 2015, “Personal beliefs and professional responsibilities: ethiopian midwives’ attitudes toward providing abortion services after legal reform”, en *Stud Fam Plann*, vol. 46, núm 1, Centro Nacional de Información Biotecnológica, pp. 1:73-95.
- Instituto de Estadística Geografía e Informática (INEGI), 2017, *Estadísticas de natalidad*. (<https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/natalidad/nacimientos.asp>), [Consultado el 19 de febrero 2020].
- Johnson, Brook Jr., Maksutova, E., Boobekova, A. y otros, 2018, “Provision of medical abortion by midlevel healthcare providers in Kyrgyzstan: testing an intervention to expand safe abortion services to underserved rural and periurban areas”, en *Contraception*, vol. 97, núm 2, Centro Nacional de Información Biotecnológica, pp. 2:160-166.
- Juárez Fátima, Bankole, A., Palma, J., 2019, “Comportamiento de búsqueda de aborto de mujeres bajo leyes restrictivas de aborto en México”, en *PLoS ONE*, (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226522>)[Consultado el 21 de febrero 2019].
- Lamas, Marta. 2013, *Cuerpo y política: la batalla por despenalizar el aborto en “Un fantasma recorre el siglo Luchas feministas en México 1910-2010”*: México Universidad Autónoma Metropolitana, Editorial Ítaca, pp. 181-210.
- Oppong-Darko, Prince, Amponsa-Achiano, K., & Darj, E., 2017, “I’Am ready and willing to provide the service ... though my religion frowns on abortion -Ghanaian midwives’ mixed attitudes to abortion services: a qualitative study”, *Int J Environ Res Public Health*, (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5750919/>), [Consultado el 11 de mayo].

- Ortiz, Teresa, 2006, “Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista”. Madrid. KRK ediciones, Colección alternativas.
- Raymond, Elizabeth, & Bracken, H., 2015, “Early medical abortion without prior ultrasound” en *Contraception*, (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2015.04.00>), [Consultado el 24 de marzo 2020].
- Sánchez-Ramírez, Georgina, 2015, *Imagen Instantánea de la Partería*, (comp.) ECOSUR/ Asociación Mexicana de Partería, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.
- Sánchez-Ramírez, Georgina, Moreno Guati-Rojo, M. & Pérez-López, V., 2015, “Las Condiciones de las Parteras Tradicionales en Chiapas”, en *Imagen Instantánea de la Partería*, Sánchez-Ramírez G. (Comp.) ECOSUR/ Asociación Mexicana de Partería, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. pp. 129-146.
- Sánchez-Ramírez, Georgina, 2010, “De cómo occidente diluyó los conocimientos en salud de las mujeres. Repercusiones en el caso de México”, en *Rev. Cuestiones de Género: de la igualdad y la diferencia*, vol. 5, núm.2, pp. 379-403.
- Sedgh, Gilda, Bearak, J., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A. y otros, 2016, “Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends”, en *The Lancet*, vol. 388, pp. 258-267.
- Shah, Iqbal, Ahman, E. y Ortayli, N., 2014, “Access to safe abortion: progress and challenges since the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD)”, en *Contraception*, ([https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(14\)00155-3/pdf](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(14)00155-3/pdf)), [Consultado el 15 de Agosto 2019].
- Singh, Susheela, Wulf, D., Hussain, R., Bankole, A. & Sedgh, G., 2009, *Aborto a nivel mundial: una década de progreso desigual*, Guttmacher Institute, Nueva York.
- Sousa, Angélica, Lozano, R. & Gakidou, E., 2010, “Exploring the determinants of unsafe abortion: improving the evidence base in Mexico”, en *Health Policy and Planning*, (<https://academic.oup.com/heapol/article/25/4/300/556788>), [Consultado el 23 de mayo 2019].
- Singh, Susheela, Lisa Remez, Gilda Sedgh, Lorraine Kwok y Onda Tsuyoshi, 2018, “Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access”, en *Guttmacher Institute* (<https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>), [Consultado el 13 de diciembre 2019].
- Valls-Llobet, Carme, 2010, *Mujeres, poder y salud*, Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer. Madrid.
- Villanueva, Ollinca, Freyermuth, G., 2018, “Partería tradicional en el marco normativo de cuatro países latinoamericanos: del reconocimiento a la ambigüedad”, en Sánchez-Ramírez, G. & Laako, H. (comp.) *Parterías en América Latina. Diferentes territorios, mismas batallas*. ECOSUR. San Cristóbal de Las Casas.
- World Health Organization, 2015, “Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception”, en *WHO*, Geneve, (<https://www.who.int/reproductive->

health/publications/unsafe_abortion/a_bortion-task-shifting/en/), [Consultado el 11 de abril 2019].

World Health Organization, 2012, "Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems", en *World Health Organization*, (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1), [Consultado el 1 de junio 2019].

CAPÍTULO 3
Buenas nuevas

7. Aborto seguro con misoprostol: productos comunicacionales y la autogestión del aborto

IPAS CAM¹

Resumen

Este capítulo expone los resultados del análisis del foro de comentarios del video “Aborto Seguro con misoprostol” publicado por Ipas México en la plataforma YouTube en julio de 2018. Con la circulación de este material —cuyo objetivo inicial era ampliar la información sobre el uso de misoprostol para el aborto fuera de contextos clínicos, en vendedores/as, encargados/as y médicos/as que prestan sus servicios en farmacias—, no solo la población receptora objetivo se vio superada, también surgió un espacio muy particular de interacción. A través del análisis de contenido y con el propósito de conocer la composición de la conversación global generada en el foro de comentarios del video, se realizó un diagnóstico para identificar los perfiles de las/os usuarias/os, así como los temas centrales, dudas e inquietudes de quienes interactuaban en él. Este análisis nos permitió dimensionar la importancia de generar materiales accesibles a distintos públicos desde las plataformas digitales más utilizadas y la relevancia que adquieren los espacios de interacción digital, ya que encontramos que el foro de comentarios se convirtió

¹ Este capítulo fue creado bajo la coordinación de Laura Andrade.

por sí mismo en una fuente de consulta y generación de información entre las y los usuarios que accedían al video. Esto demostró que la búsqueda activa de protocolos seguros para llevar a cabo un aborto autónomo con medicamentos habilita la circulación de información directa entre usuarias/os, y por tanto es capaz de crear redes de acompañamiento digital informal, convirtiendo a estos foros en sitios donde se busca, se expone y se verifican los conocimientos a partir de la experiencia entre pares.

Palabras clave: aborto autónomo, acompañamiento, autogestión, redes sociodigitales.

Introducción

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS LAS REDES SOCIODIGITALES SE HAN CORONADO COMO espacios que habilitan la creación, alojamiento y acceso a todo tipo de información. De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en el año 2019 en México, el 70.1% de la población de seis años o más es usuaria de Internet. Las cuestiones sociodemográficas y socioeconómicas en el país y sus diferentes regiones tienen una marca en dichas cifras, cuestión que se puede ver en la diferencia que existe entre el acceso a este tipo de servicios en áreas urbanas (76.6%) y rurales (47.7%), así como en el aumento de los usuarios de internet en función de los grados de escolaridad (59.1% en educación básica, 91.8% en educación media y 96.4% en la población con educación superior). Dos datos relevantes que arroja esta encuesta tienen que ver con el sexo de las y los usuarios de internet y con el tipo de uso que éstos hacen de las tecnologías de la información. En el primer caso arroja que, el 51.6% de la población usuaria son mujeres y el 48.4% restante son hombres. En relación con el uso que se le da al internet, destaca que el más relevante en la población mexicana es el entretenimiento (91.5%), seguido por el interés de obtener algún tipo de información, con un 90.7%; mientras que el 90.6% usa el internet como un medio de comunicación (INEGI/ENDUTIH, 2019).

De acuerdo con el reporte anual de *The Global State of Digita* de 2019 creado por *Hootsuite* y *We Are Social*, así como plataformas como *Similarweb*² y *Global*

² <https://www.similarweb.com/top-websites/mexico/>

web index,³ Google, Facebook y YouTube son los tres sitios web que tienen mayor tráfico de usuarios en México. Sin embargo, específicamente sobre redes sociodigitales, YouTube es la red más consumida por la población mexicana, con un 96%, seguida por Facebook con el 94% y WhatsApp con el 89%.⁴

Por otro lado, un elemento que debe ser considerado sobre estos datos es el contexto mundial que se enfrenta tras el avance de la pandemia provocada por el virus SARS COV-II. Además del impacto de este virus en la salud de la población mundial, socialmente para México ha implicado el repliegue de gran parte de la población hacia el confinamiento voluntario con el fin de detener los contagios, así como el teletrabajo como una alternativa al trabajo presencial con el fin de seguir las medidas gubernamentales de la llamada “jornada de sana distancia”. Esta situación ha modificado no solo las formas de interacción *onlife* (Floridi, 2015), también lo ha hecho con la necesidad de acceso a la información confiable por distintos medios, incluyendo aquella que se busca y a la cual se accede a través de internet.

Esta vista panorámica sobre los consumos de internet en México permite construir los puntos de arranque: en primer lugar, mostrando la importancia de las redes sociodigitales en la vida cotidiana, pero también haciendo énfasis en la relevancia que tiene la creación de contenidos con información útil, fidedigna y certificada sobre cuestiones asociadas con la salud y, para el caso de este capítulo, aquellos relacionados con la salud reproductiva.

Un tema históricamente importante dentro de la agenda de los derechos humanos, de los derechos sexuales y reproductivos, y de las agendas feministas a nivel global, al menos desde los años noventa, ha sido el estatus legal del aborto voluntario y las garantías que se proveen desde las políticas públicas para acceder a este derecho.

En México, a la fecha, solo dos entidades federativas consienten y garantizan el aborto voluntario hasta las 12 semanas: la Ciudad de México desde abril de 2007,⁵ y el estado de Oaxaca desde octubre de 2019.⁶ Sin embargo, aun cuando a nivel nacional existen causales que permiten que éste se realice, las causales legales por sí solas no reflejan la forma en que se aplica la ley, ni garantizan la calidad de los servicios prestados para efectuar un aborto seguro o la atención integral a la salud sexual y reproductiva de las mujeres (Berer, 2006).

³ <https://www.globalwebindex.com/reports/trends-2020>

⁴ Datos obtenidos de *Global web index*. Desde el análisis de *The Global State of Digital*, estos porcentajes difieren en 1 punto porcentual por debajo de estos datos.

⁵ <http://ile.salud.cdmx.gob.mx>

⁶ <https://vocesfeministas.mx/gobierno-oaxaca-publica-reforma-despenaliza-interrupcion-embarazo/>

El aborto, desde una perspectiva social y jurídica, ha sido un tema controversial por las marcas morales derivadas de posturas religiosas que lo criminalizan (Gudiño, 2017; Morán 2015; Morán y Peñas, 2013; Lamas, 2012; Vaggione, 2012; Ramírez, 2018), también porque alimenta el estigma hacia las mujeres que optan por interrumpir un embarazo debido a que transgreden al menos tres de los ideales hegemónicos femeninos: la fecundidad perpetua, la maternidad obligatoria y como fin último de las mujeres, y el instinto del cuidado hacia otros (Kumar, Hessini y Mitchell, 2009).

En este mismo sentido, autoras como Kissling (2018: 38) argumentan que, ante las nociones patriarcales sobre la maternidad obligatoria y el rol de las mujeres, las experiencias reproductivas que desafían estos mandatos traen consigo una “norma de silencio” donde las mujeres y sus experiencias no son narradas por ellas mismas, sino por aquellos que resultan opositores al ejercicio de sus derechos. Por lo anterior, quienes han transitado por un aborto, así como los colectivos y organizaciones por la salud y los derechos de las mujeres han buscado romper con esa norma de silencio para narrar sus historias y para dar una cara humana a esta experiencia (no) reproductiva desde sus propias voces y la experiencia vivida.⁷ “Las historias personales, no son solo la data, ayudan a hacer que las consecuencias del aborto inseguro sean imposibles de obviar” (Berer, 2006: 10).

Ante la imposibilidad de acceder a un aborto voluntario ya sea por el estatus legal del procedimiento en contextos locales o por falta de acceso a recursos y servicios médicos de calidad que garanticen los derechos, la integridad y la salud reproductiva, muchas mujeres han optado por abortos autónomos y autogestivos; es decir, a través de la auto administración de medicamentos con el fin de realizar un aborto en casa o fuera de contextos clínicos, ya sea de manera solitaria o bajo el acompañamiento presencial o remoto de redes de apoyo (profesionales de la salud, redes de activistas, feministas, amigas, parejas, y otros).

En estos casos, las redes sociodigitales han sido clave para el acceso y circulación de la información sobre las maneras de realizar este procedimiento, así como

⁷ Algunos ejemplos de ello se pueden encontrar en: https://blog.ipasmexico.org/aborto-seguro-de-voz-de-las-mujeres-que-usaron-medicamentos/?fbclid=IwAR15K_vlIkB7Es7OI0egBdNQa-gC-2W92PYTLkz4VsaluvYmm-E7qxfzc1A y https://00e7c37e-2018-4cdb-ad39-a9d7e433b714.filesusr.com/ugd/32a950_9de55e50b845404bb9dc22b797ff886f.pdf?index=true Ver Lazo (2020), Cedeño y otras (2019) y Ramos y otras (2016) en este mismo capítulo.

los pasos a seguir para efectuar un aborto seguro de acuerdo con las medidas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁸

En este capítulo se dan a conocer los resultados del análisis exploratorio del foro de conversación del video “Aborto Seguro con misoprostol” publicado por Ipas México en la plataforma YouTube. Este video tenía como población objetivo a vendedores/as, encargados/as y médicos/as en farmacias, y fue realizado con el propósito de informar y desmitificar la utilización de medicamentos para el aborto desde su uso ambulatorio —fuera de contextos clínicos—, mejorar la información que esta población objetivo brinda a las mujeres para asegurar el uso correcto del misoprostol, y disminuir así las barreras de acceso a los medicamentos para las mujeres que los requieran.

Estos objetivos se vieron transformados con la circulación de dicho material a través del uso, tanto de la información que ahí se presenta como de la generada a partir del foro del video por parte de las usuarias que lo consultaron. Basándonos en el análisis de los comentarios generados en el foro del video, se muestran las principales dudas, mitos, temores e inquietudes expresados por las usuarias que llegan a este video buscando y/o compartiendo información para la autogestión del aborto.

Con este análisis buscamos abordar la importancia de los productos comunicacionales como proveedores de información para realizar un aborto autónomo, pero también revelar cómo las usuarias se apropian de estos materiales, comparten y generan información sobre el procedimiento para la interrupción del embarazo, y hablan sobre sus cuerpos, procesos, emociones y vivencias, alimentando el acompañamiento y la creación de redes de apoyo a través de medios digitales.

Apuntes metodológicos y contenido del video

El video “Aborto Seguro con misoprostol”⁹ fue publicado por Ipas México el 23 de julio de 2018 en la plataforma de YouTube y tiene una duración de 5 minutos y 17 segundos. El análisis que aquí se presenta abarca aquellos comentarios (generadores de conversación y sus respectivas cadenas de respuesta) realizados desde la fecha

⁸ Manual de práctica clínica para un aborto seguro. OMS. Versión de 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1 Tratamiento Médico del aborto. OMS. 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>

⁹ <https://www.youtube.com/watch?v=RIpETjOA4wA>

de lanzamiento del video hasta el 30 de junio de 2020. Al momento de realizar este corte, el video contaba con 557,067 visualizaciones, 6,300 likes, 512 dislikes, y 3620 comentarios totales.

De manera general, el video contiene la siguiente información: Descripción y uso del misoprostol para la interrupción del embarazo de manera segura; indicaciones de acceso al medicamento de forma libre y sin receta, incluyendo nombres comerciales y especificaciones técnicas; información sobre embarazos no deseados; usos y efectos del misoprostol; uso seguro para interrupción del embarazo hasta las 10 semanas; indicaciones de uso del misoprostol: dosis, vías de administración (bucal y sublingual), efectos inmediatos, modos de confirmación del proceso y medicamentos para la gestión del dolor.

A partir de las reacciones expresadas en el foro de mensajes del video, se elaboró una base de datos que contempla un total de 3,738¹⁰ comentarios que fueron sistematizados y sometidos a análisis de contenido. El análisis y clasificación de las ideas expresadas en cada comentario nos permitieron crear categorías para poder nombrar e identificar los perfiles de las personas usuarias, así como los principales temas de conversación abordados en el foro.

A su vez, los perfiles y temas fueron agrupados y contabilizados para obtener la frecuencia de cada uno con respecto a la conversación total. Al realizar esta sistematización y clasificación, el 94.2% de los comentarios brindaron información para la construcción y especificidad de los perfiles y poco más del 81% permitió la identificación de conversaciones orgánicas¹¹ entre los/las usuarios/as.

Un elemento para considerar es la forma de interacción que se habilita desde esta plataforma. YouTube permite la interacción entre usuarios/as a través del foro de los videos de manera pública, pero no habilita una opción de mensajes directos o

¹⁰ Este análisis se realizó en dos momentos, en el primero, realizado en abril de 2020, se abarcaron un total de 2000 comentarios y en el segundo, realizado en julio de 2020, 1738. La diferencia observable entre este total y el total de comentarios registrados en la plataforma digital responden a que varios usuarios o usuarias borraron aproximadamente 118 comentarios entre las fechas de ambos diagnósticos, esto se pudo observar debido a que había conversaciones interrumpidas o se hacía mención a nombres de usuarixs que ya no se encontraban dentro de la cadena de mensajes y/o réplicas al momento del segundo diagnóstico.

¹¹ Las conversaciones orgánicas refieren a los mensajes o cadenas de mensajes producidas por usuarios, diferenciando éstos de los *bots*, que corresponden a poco más del 10% de los mensajes totales y que se identifican por ser mensajes automatizados y repetitivos centrados principalmente en la oferta de venta y envío de misoprostol. El porcentaje restante corresponde a respuestas que no aportaban suficiente información para ser clasificadas.

privados entre usuarios/as tal como ocurre en plataformas como Twitter o Facebook. Este es un dato relevante para ciertos perfiles y conversaciones, sobre todo al momento de buscar y ofrecer ayuda o acompañamiento personalizado entre usuarias que interactúan a través de estos foros.

La vía por la cual llegan las y los usuarios a este video es a través de recomendaciones de YouTube al consultar videos similares (50%), 29% mediante el buscador de esta plataforma al escribir palabras clave como “misoprostol”, “cytotec” o frases que incluyen alguno de estos términos, y el resto a través de otras páginas como Facebook, Google Search o WhatsApp.

De acuerdo con las métricas del video, los rangos de edad de las personas que consultan este material se concentran entre los 18 y los 34 años (87% de los usuarios totales, rango de edades centrales del período reproductivo. Más del 84% de quienes comentan son mujeres, poco menos del 9% son hombres y el 7% restante no se pudo especificar. El análisis de los mensajes permitió identificar el lugar de residencia de casi el 50% de los/las usuarios/as que respondieron al video, teniendo a México (33.4%), Perú (4%) y Argentina (3.4%) en los mayores porcentajes de audiencia. Por otro lado, se tiene registro de que el público que accede al video observa en promedio solo el 54% del total del material.

Acompañar, decidir y compartir: los perfiles

Con el objetivo de conocer cuál es el rol que adquieren las y los usuarios en el conjunto de comentarios del video, se realizó una clasificación a partir de sus discursos y de la interacción que éstos alimentaban, revelando principalmente ocho perfiles.

En estos perfiles se identificó que más del 32% de las y los usuarios juegan el rol de acompañantes de los procesos de interrupción de otras mujeres, ya sea de amigas, de sus parejas, familiares, o de usuarias que llegan a esta plataforma buscando información o ayuda para realizar un aborto de manera autónoma. Como un segundo perfil (22.3%) se encuentran aquellas usuarias que han decidido iniciar el procedimiento de interrupción con misoprostol y que recurren al foro del video en busca de información o acompañamiento para realizarlo de forma segura.

En un tercer perfil agrupamos a mujeres que deciden contar su testimonio acerca de cómo fue su experiencia de aborto a través del uso de misoprostol (17.5%). La mayor parte de estos testimonios se trata de abortos exitosos donde se relata con detalle el procedimiento que siguieron —dónde y cómo consiguieron el medicamento, las dosis y su administración, los tiempos entre cada toma, la calidad y cantidad de sangrado, malestares y su gestión—, así como sus emociones, angustias,

preocupaciones y certezas durante y después del proceso. Los perfiles testimoniales no siempre responden a un detonante; es decir, que una usuaria puede expresar y compartir su vivencia de manera voluntaria y a partir de ahí generar conversación con otras y otros para eventualmente acompañar de manera remota¹² a las usuarias que así lo soliciten, ya sea desde la plataforma de YouTube o a través de otras redes como Facebook y WhatsApp. Un elemento que destacó en este perfil, al igual que en el caso del acompañamiento, fue la presencia de algunos varones que relataban su experiencia como acompañantes del proceso de interrupción de y con su pareja.

El cuarto perfil identificado fue el de las usuarias que solicitaban en los comentarios información acerca del procedimiento con el fin de evaluar si es la opción idónea para ellas (13.8%). En este caso se solicitaban detalles principalmente sobre las dosis, sobre las experiencias corporales y emocionales y la preocupación acerca de la eficacia de este método.

El quinto perfil en importancia numérica dentro del foro del video fueron los *bots*. Estos destacan por sus formas narrativas y por replicar el mismo formato de mensajes, casi siempre enfocados en la recomendación de una o más personas para acompañamiento y la venta de misoprostol. Este tipo de perfiles no generan interacción con otros usuarios, pero sí habilitan el desplazamiento/invisibilización de las conversaciones orgánicas, al dominar visual y narrativamente el foro de comentarios.

Con apenas el 0.4%, identificamos perfiles que se presentan narrativamente como de profesionales de la salud, principalmente estudiantes de medicina y/o enfermería que comentaban y precisaban algunos procedimientos y efectos del misoprostol.

Finalmente, identificamos dos perfiles que resultan reactivos entre sí, se trata de usuarios/as que expresan comentarios antiaborto (2.2%) criticando, condenando y estigmatizando a quienes deciden optar por interrumpir un embarazo de manera voluntaria; y de perfiles pro-maternidad elegida, que suelen ser reactivos a comentarios antiaborto bajo el discurso del derecho a decidir y de la autonomía corporal y reproductiva desde una postura laica.

¹² No fue posible identificar si este acompañamiento se da efectivamente desde otras plataformas digitales o de manera presencial, pero sí se observa que algunas usuarias dan seguimiento remoto a los procesos y dudas de otras a través de la cadena de mensajes dentro del foro del video.

Tabla 1. Perfiles de personas usuarias del video “Aborto seguro con misoprostol”

PERFILES	% DE CONVERSACIÓN
Personas que acompañan el proceso de otra	32.2
Busca información para realizar aborto en casa	22.3
Personas compartiendo su experiencia	17.5
Busca información para decidir	13.8
Bots	11.5
Anti Aborto	2.2
Médica/o	0.4
Pro maternidad elegida	0.2
Total	100

Elaboración propia a partir del diagnóstico del video “Aborto seguro con misoprostol”. IPAS México, 2020.

“Necesito ayuda ¿este procedimiento es efectivo?”. Las conversaciones¹³

El video “aborto seguro con misoprostol” a través del uso que se hace de él, provee a las usuarias de un manual completo y accesible para realizar el procedimiento de interrupción del embarazo de manera autónoma; sin embargo, este análisis exploratorio reveló que las mujeres llegan al video a partir de una búsqueda intencional de materiales informativos sobre aborto autónomo y, una vez ahí, acceden al foro y a los comentarios también como una fuente de información.

Como las métricas indican, en promedio, un/a usuario/a observa poco más del 50% del material contenido en el video, dato que da la pauta para sostener que el foro sirve de referente para muchas usuarias que acceden a este material y se vuelve un modo de verificación o de información no mediada —es decir, de usuaria a usuaria— sobre cómo realizar un aborto con medicamentos.

Para el análisis de las conversaciones, se realizó una clasificación de temas y subtemas abordados en los comentarios (ver gráfica 1). El primero de ellos remite

¹³ Las narrativas seleccionadas como ejemplo en este apartado respetan la forma de enunciación de cada usuaria/o, por lo que la redacción y sintaxis de los comentarios aquí reproducidos no han sido modificados.

concretamente a la solicitud de información sobre el proceso de interrupción, donde las usuarias buscan que otras indiquen, detallen y confirmen qué deben hacer para acceder a un aborto a través de este método. En este sentido, los relatos de aquellas que ya han tenido esta experiencia sirven de referencia para quienes buscan esta información. La principal duda es acerca de la efectividad. “¿Cómo sé si funcionó?” y “¿es un método eficaz?”, acompañadas de preguntas sobre los cuidados antes y durante el procedimiento, si sus semanas de gestación hacen viable este procedimiento, y cuáles son las dosis y vías de administración del misoprostol. Sin duda un elemento relevante en este caso es que la experiencia relatada en primera persona se vuelve el referente validado cuando se trata de un proceso íntimo, aun cuando la información que se brinde no sea la adecuada e incluso resulte insegura.

estaba embarazada de tres semanas o menos creo y tome Misoprostol y no sentí mucho dolor solo un poquito y sangre muy poco ahora solo estoy expulsando un flujo rosado un poco lechoso pero si vote unos pequeños coagulitos pero sin dolor será que aborte o no? Estoy confundida (Usuaría Yosy Perez).

y donde conseguiste las pastillas?!? ¡¡¡Te tomaste las dosis como dice el video?!?! Ahora yo también tengo 4-5 semanas aprox. (Usuaría Li Sa).

Una de las grandes preocupaciones respecto a cómo efectuar un proceso de interrupción con medicamentos es dónde y cómo conseguirlos. Siendo éste el segundo tema de conversación, una de las premisas principales que observamos en los comentarios sobre el misoprostol es la idea errónea de que se trata de un medicamento estrictamente abortivo y que por ello requiere receta para ser adquirido o que su venta se relaciona con el estatus legal del aborto en la localidad o país de residencia de las usuarias. En otros casos, las recomendaciones para evitar la negación del medicamento son que un hombre las pida en la farmacia, que solo se adquieran las marcas de patente y no en genéricos, e incluso se promueve la compraventa de medicamentos entre usuarios/as. Esto último si bien es un tema recurrente, trae consigo el riesgo de estafas, de circulación de medicamentos falsos o adulterados, o del intercambio de datos personales que pueden significar un riesgo para la salud y la privacidad de las usuarias.

Si eres mexicana conocerás las farmacias similares... Ahí puedes conseguirlo un poco más fácil, la primera vez que yo las compre no me pidieron receta, esta segunda vez que fue hace un mes si me pidieron presentar la receta, no te desanimes si te piden la receta tu intenta buscar opciones para comprarla Ve a preguntar me avisas lo que te

digán y dependiendo de eso te sigo ayudando, pero no esperes más Y ve a preguntar lo más antes posible (Usuaría Psic. Abi del Ángel).

Las venden con receta, aunque en algunas farmacias informales se los pueden vender sin receta (Usuaría Sofía).

Las venden en algunas farmacias, yo lo conseguí en farmacia Yza sin receta. De preferencia que te lo consiga un hombre. (Usuaría Ana Torres).

En tercer sitio se encontraron las solicitudes de ayuda por parte de aquellas que buscan realizar un aborto, y la construcción de redes de apoyo virtuales y efímeras entre usuarias. Algunos mensajes expresaban dudas concretas mientras se realizaba el procedimiento y alguna más buscaban la atención o la cercanía con otras. Sobre este tema resultó relevante el seguimiento cercano que se daba en algunos casos y la creación de redes de acompañamiento remoto y asesoría entre las comentaristas del video, mostrando no solo la necesidad de contención y de escucha, sino la importancia de estos espacios de interacción entre pares y sin juicio.

—Ya me las tomé y creo que todo salió bien solo que nada más me tomé 2 dosis y como que me atormenta un poco que pudiera haber quedado algo debes hacerte una ecografía para saber si ya todo salió (Conversación entre usuarias).

muchas gracias, se ve que has investigado bastante y por tu experiencia, gracias a dios buena. Eso me motiva a hacerlo. Mi duda es como hacerlo. Tengo 7 semanas, no sé cuántas pastillas debo usar. Ni que método. Si vaginal o debajo de la lengua (Usuaría Day 27).

Un aspecto que llamó la atención fue la expresión de dudas referentes al cuerpo, sus procesos en relación con el embarazo y el ciclo menstrual, así como a la sexualidad y las relaciones de riesgo. En este tema, el cuarto en importancia numérica, existían dudas acerca de cómo confirmar un embarazo, qué método resultaba más efectivo, y la manera de calcular las semanas de gestación para evaluar el tipo de método de interrupción. Ante la pregunta “¿cómo sé si estoy embarazada?” se hacían recomendaciones sobre recurrir a instrumentos de detección del embarazo antes de realizar cualquier intervención —aunque hubo relatos que afirmaban haber realizado el procedimiento sin confirmar el embarazo o aun cuando las pruebas resultaban negativas—; se ponía atención a las semanas de gestación, priorizando la salud y el bienestar de las mujeres cuando éstas habían superado las semanas re-

comendadas con éste método y se comentaron casos de embarazo por fallo en el método anticonceptivo.

Dentro de estas conversaciones se pudo notar que existe desconocimiento sobre diversos procesos corporales asociados con el ciclo hormonal y sobre las prácticas sexuales de riesgo. Algunas de ellas giran en torno a la relación inmediata de un retraso en el sangrado menstrual con el embarazo, sin la consideración de otros factores hormonales o emocionales que afecten este ciclo; se relataban malestares físicos que eran leídos como muestras de embarazo —aún sin confirmar o habiendo confirmado la ausencia de embarazo— y hubo casos en los que el “sentir” que se está embarazada era motivo suficiente para recurrir al misoprostol. Por otro lado, hubo usuarias que relataban relaciones de riesgo y que se acercaban al foro preguntando si esa práctica sexual las ponía en riesgo de un embarazo no deseado.

A las cuantas semanas te bajó, es que sangre por 21 días y una semana después tomé una pastilla anticonceptiva porque el condón se rompió y no sé qué día me pueda bajar. Y pues en mi país no es legal (Usuaría Arely S. A.)

Alguien me puede ayudar yo tuve relaciones y él se vino dentro, pero al día siguiente me tome la pastilla del día siguiente, pero me tiene que bajar los últimos del mes y ya estamos ah 1 de marzo el mes pasado me bajo el dos, pero aun no me baja tengo miedo. Alguien que ya las haya utilizado me puede ayudar ya tengo que comprar las pastillas me pueden ayudar por favor (Usuaría J Romero)

El quinto tema de conversación giró sobre las experiencias de interrupción del embarazo. Éstas se expresaban normalmente como una experiencia en pasado; sin embargo, hubo relatos de mujeres que escribían y describían sus vivencias y sentires mientras se encontraban en el proceso de interrupción. Un sector de las conversaciones del video era utilizado para brindar asesoría. En este caso se identificaron dos tipos de intervención: las asesorías informadas, que correspondían a recomendaciones puntuales siguiendo los estándares para la realización del aborto con medicamentos (dosis, tiempos, vías de administración, atención a señales de alerta, y otras) y las no informadas, donde se recurría a remedios, la ampliación de dosis, o la recomendación de realizar el procedimiento con misoprostol más allá de las semanas permitidas. Dentro de este sector de asesoría, algunas usuarias recomendaron colectivas y acompañantes de aborto a otras que solicitaban ayuda o acompañamiento cercano. En frecuencias menores, se presentaron mensajes donde se consultaba a las usuarias acerca de la viabilidad de realizar un aborto con misoprostol si se tenía algún padecimiento o alguna condición de salud (como ovario

poliquístico, anemia, diabetes); si existía alguna complicación posible si ya se había tenido un aborto previo, voluntario o espontáneo; y si existían riesgos si realizaba un aborto en el caso de menores de edad o mayores a 35 años.

Holaaaa.. ¿¿¿Aun sigues sangrando??? Si sientes aún mucho dolor en la vagina, tienes calentura, o tu sangrado te huele muy mal, o si ya no estas sangrando y sientes que algo te huele muy mal, es una infección Puedes tomar hierbas caseras medicinales, o bien puedes ir al doctor no precisamente le tienes que decir que voluntariamente te hiciste un aborto le puedes decir que sufriste un aborto espontáneo y así el podrá recetarte algún antibiótico... ¿Cuántas semanas tenías de embarazo...otra pregunta para que pueda ayudarte de qué país eres? Así te puedo decir el nombre de alguna hierba casera y es que ya vez que los nombres cambian dependiendo del lugar (Usuaría Psic. Abi del Ángel).

No nena, es tal cual te informan en el vídeo son 4 pastillas cada 3 horas que serían en total 3 Tomás que dará un total de las 12 pastillas. Después de 72 horas puedes volver a tomarlas SOLO EN CASO DE QUE NO SE HALLA DADO EL ABORTO para esto es necesario que a las 2 semanas máximo te realices un eco para checar que no hayan quedado residuos, si es así será necesario que te realicen un degradó no estás obligada a decir que te realizaste un aborto puedes decir cualquier otra cosa (Usuaría Jaqui Silva).

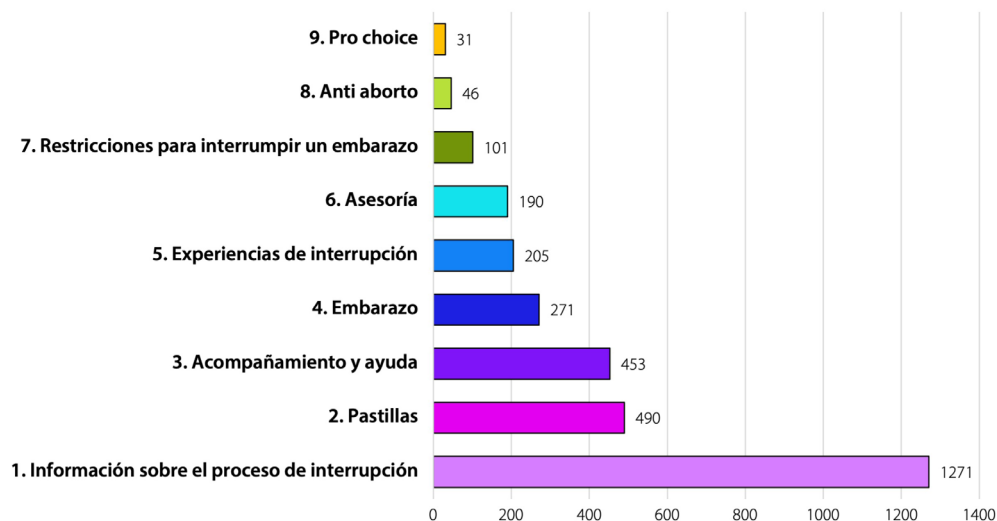
Finalmente, las conversaciones que se alimentaban mutuamente al ser usualmente reactivas eran aquellas generadas entre comentarios antiaborto y pro-choice. Este tipo de interacciones estuvieron presentes a pesar de tener poca resonancia en la narrativa global del foro.

¿¿¿Ayuda para asesinar??? ¿¿¿Y moral??? ¿¿¿Cuál moral a alguien que pretende asesinar a su propio hijo o hija por nacer??? ¡Eso nada nada nada tiene de moral ni de ético, eso es asesinato!! (Usuario Alberto Salazar).

Lo que se debe hacer es difundir y reforzar por todos los medios posibles los métodos anticonceptivos y evitar todas estas discusiones. Incluyendo a la Iglesia (Usuaría Con M).

Información para decidir y aborto seguro (y autónomo) para no morir

Las regulaciones en torno al aborto como un asunto público son relativamente nuevas. El aborto, como parte de los eventos reproductivos femeninos, era practicado en

Gráfica 1. Temas de conversación

Fuente: Elaboración propia a partir del diagnóstico del video "Aborto seguro con misoprostol". IPAS México, 2020.

contextos privados y en círculos de cuidado donde mujeres y parteras tenían un papel central en la planificación familiar y el control de la fertilidad. Fue hasta el siglo XIX con el avance de la medicina que el aborto se vio regulado médica y jurídicamente (Prandini y Larrea, 2020:1), proceso que continúa hasta nuestros días y que actualmente incorpora a diversos actores sociales tanto en pro como en contra. Pero, la posibilidad que da un método abortivo y seguro desde casa nos pone de frente una pregunta que Triviño (2012) ya anticipaba: ¿podría abandonar el aborto su dimensión pública para volver a convertirse en una cuestión privada? La respuesta es sí, y es aquí donde el aborto autónomo¹⁴ brinda un efecto bumerang que apunta a devolver a las mujeres el control de sus decisiones reproductivas, la forma de vivirlas y la capacidad de decidir el método idóneo para ejercer su derecho a la no maternidad.

¹⁴ Entendido como un aborto con medicamentos, auto-administrado y auto-gestionado (incluyendo la obtención de los medicamentos) que se lleva a cabo afuera de un contexto clínico (Erdman, Jelinska y Yanow, 2018).

Sin embargo, este ejercicio de autonomía reproductiva tiene distintos elementos a considerar. El aborto con medicamentos es visto como un método eficaz para la interrupción del embarazo en etapas tempranas; de acuerdo con Drovetta (2016: 126), el uso del misoprostol se difundió fuera de la red de proveedores de servicios de salud desde finales de la década de los ochenta, y fue en los años noventa que en la región latinoamericana se convirtió en uno de los métodos comúnmente usados para la interrupción segura del embarazo aun en contextos donde existían restricciones legales y servicios de salud de manera limitada. Uno de los medios que habilitó su circulación y difusión fue a través de la información directa y personal entre mujeres que habían utilizado este método sin complicaciones.

El uso de medicamentos mejora las condiciones del itinerario abortivo¹⁵ porque permite a las mujeres acceder y gestionar por sí mismas la interrupción de su embarazo y porque el centro de este evento reproductivo no recae en un procedimiento que se practica por un agente externo, sino que ocurre en el cuerpo de la mujer (Ganatra, Guest y Berer, 2016). Un elemento en el cual coinciden los estudios realizados sobre este procedimiento es la importancia del acceso a la información adecuada para realizarlo y la relevancia que adquiere la experiencia de aquellas que lo han vivido.

El papel de la información oportuna y necesaria para el uso de medicamentos para abortar resulta crucial por partida doble: por un lado, en marcos de legalidad, porque obtener información sobre las distintas opciones existentes para interrumpir un embarazo permite a las mujeres decidir cómo transitar esta experiencia bajo el contexto que determinen adecuado para su situación. Por otro, particularmente en espacios donde el aborto es ilegal, resulta una opción segura frente a otras debido a su accesibilidad, su eficacia y la posibilidad de efectuarlo fuera de contextos hospitalarios o cuando los servicios de salud resultan insuficientes o restrictivos.

Diversos organismos internacionales en pro de los derechos sexuales y reproductivos coinciden en la impronta de que, independientemente del estatus legal del aborto, se debe asegurar a las mujeres el acceso a la información y el apoyo necesario para la toma de decisiones de manera informada para la gestión de un embarazo no planeado.

En América Latina, el tema del aborto y su visibilización a través de las luchas por su despenalización en los últimos años ha permitido no solo el auge de la llamada marea verde y el surgimiento de emblemas de esta lucha (Felitti y Ramírez,

¹⁵ Definido por Diniz y Medeiros (2012) como la ruta que siguen las mujeres para llevar a cabo un aborto.

2020), sino que ha quitado de la secrecía las maneras de abortar y las historias de aquellas que cuentan en primera persona su vivencia de este evento no reproductivo. Romper ese pacto de silencio, sin duda, ha significado un gran avance contra la invisibilización de la vivencia, pero también ha habilitado la circulación de información (no siempre segura o suficiente) para que las mujeres que enfrentan un embarazo no planeado lleven a cabo un aborto de manera autónoma.

Estudios como el realizado por Lazo (2020), Cedeño y otras (2019), y Ramos y otras (2016), que recogen experiencias de mujeres que han consentido abortos de manera voluntaria, muestran no solo la manera en la que se transita por esta experiencia y las múltiples razones por las cuales se elige no continuar un embarazo, también revelan las distintas etapas de este proceso en la vida de las mujeres. En el caso de la investigación realizada por Ramos y otras (2016), algunas de las ventajas que las mujeres consideraban para optar por un aborto con medicamentos son la comodidad de ser usados en casa, en el momento que consideran más adecuado a sus rutinas y contextos y con la compañía de personas de confianza; la efectividad; el no necesitar un método quirúrgico; así como el costo accesible de las pastillas.

Una de las grandes dificultades relatadas en este estudio, pero también consideradas en aquellos espacios con restricciones legales para el aborto, es el acceso a la información suficiente y puntual acerca de las dosis y síntomas, y la falta de una asesoría adecuada antes, durante, y después del procedimiento. Este estudio mostró que, para que una mujer determinara que el aborto con medicamentos era su opción idónea, se recurría a más de una fuente para obtener información debido a que ésta a menudo resultaba insuficiente, no satisfacía sus expectativas o no era la necesaria para proceder. Sin embargo, “el factor determinante para decidirse a usar misoprostol fue la confianza en la seguridad del método, transmitida por las fuentes a quienes consultaron” (Ramos y otras, 2016: 139).

En este contexto, se hace imprescindible garantizar la democratización del acceso a la información sobre las posibilidades de aborto con medicamentos, con el propósito de disminuir los riesgos y la muerte materna en contextos tanto legales como ilegales; pero también hacer saber a las mujeres que aun cuando los servicios de salud resultan insuficientes o restrictivos sobre sus derechos, existen mecanismos alternativos, autogestivos y seguros que, usados de manera correcta, garantizan su bienestar. “Asegurar que las mujeres tengan acceso a la información y el apoyo necesarios les permite tomar decisiones informadas sobre cómo manejar un embarazo no deseado, en lugar de ser receptoras pasivas de los servicios” (IPPF, 2018).

Bajo este esquema, organismos internacionales, nacionales y locales, así como redes autónomas y feministas en muchos países, han implementado campañas, líneas de ayuda, redes de acompañamiento, y materiales físicos y en entornos digitales para

la difusión de información completa, puntual, y en un lenguaje accesible, con el fin de dar a conocer los protocolos de uso del misoprostol¹⁶ para que una mujer acceda a un aborto con medicamentos de manera segura, fuera de contextos hospitalarios y poniendo al centro su autonomía y su bienestar. Sin embargo, siguiendo a Drovetta (2016: 132), esta información no siempre está disponible para las mujeres en espacios remotos o en sitios donde no existen colectivas o profesionales de la salud que puedan proveerla. En este aspecto las redes sociodigitales son espacios sociales que favorecen la distribución de información para la autogestión del aborto, y también para la creación de redes de acompañamiento (muchas veces efímeras) que habilitan la asesoría informada y cercana que aumenta la confianza en las mujeres que viven un embarazo no planeado y que han decidido interrumpirlo.

Conclusiones

Parafraseando a Berer (2006: 12), las razones por las cuales una mujer puede elegir un aborto están relacionadas íntimamente con su vida y sus circunstancias, aun cuando éstas resulten incomprensibles o inaceptables para otros. El aborto con medicamentos, si se siguen las medidas adecuadas, es un método seguro en los marcos de legalidad, y es más seguro que cualquier otro método en contextos de clandestinidad. Por lo que la generación de información clara y precisa sobre cómo realizar este procedimiento resulta clave, no solo para su efectividad, sino para reducir los riesgos de muerte materna; y para devolver a las mujeres la posibilidad de autogestionar un aborto en las condiciones que determinen convenientes.

Un elemento contextual que resulta importante considerar es que con el avance de la pandemia provocada por el virus SARS COV-II, el acceso a los servicios de salud se ha visto reducido debido a la atención centrada en el control del virus y en la minimización de sus efectos en la población. Esto ha tenido como resultado que los servicios de salud sexual y reproductiva no sean considerados como servicios prioritarios (Hussein, 2020:1) y, aunado a ello y a las condiciones de violencia sexual y doméstica que se han visto incrementadas en el contexto de confinamiento, or-

¹⁶ Como ejemplo podemos citar el manual del "Modelo Jaguar: Juntas generamos unión para acompañar" disponible en: https://00e7c37e-2018-4cdb-ad39-a9d7e433b714.filesusr.com/ugd/32a950_47f9061f18cf4ceb8b1796013c32c056.pdf?index=true

ganismos como la CONAPO, en México, han estimado más de 171 mil embarazos no deseados entre 2020 y 2021.¹⁷

Ante este panorama, la propia OMS ha incorporado a los servicios de salud reproductiva como una prioridad en las acciones encaminadas a la gestión de la pandemia¹⁸ “el aborto debe considerarse como un elemento esencial y accesible en estos momentos” (Tood-Ger y Shah, 2020: 2). Como ya se ha comentado, la autoadministración de medicamentos para interrumpir un embarazo fuera de contextos clínicos tiene resultados similares al aborto con medicamentos administrados por profesionales en establecimientos de salud. Entonces, ante un contexto que ya de antemano era restrictivo para ejercer el derecho a interrumpir un embarazo no planeado, la posibilidad de un aborto autónomo no solo es una solución provisional, sino que para muchas mujeres este método es la mejor opción (Prandinni y Larrea, 2020: 2).

Para que esto sea posible, ha sido crucial la circulación y acceso a la información sobre métodos de aborto seguro para que las mujeres que por alguna razón no acuden a los servicios de salud tengan en sus manos los conocimientos necesarios para realizar este procedimiento, ejerciendo así el derecho a elegir sobre su cuerpo y su reproducción.

El análisis del foro del video “aborto seguro con misoprostol” nos permitió dimensionar diversos elementos. En primer lugar, la relevancia social de generar materiales accesibles a públicos diversos a través de un lenguaje que resultara entendible por sus receptores y desde los medios digitales más usados para la obtención de información. También evidenció la importancia de los espacios de intercambio entre usuarias, ya sea para compartir vivencias, generar y circular información, o para realizar o acompañar procesos de aborto.

Recuperando los hallazgos de esta exploración y vinculándolos con otros que apuntan a la importancia de los intercambios y la calidad de la información que una mujer requiere para interrumpir su embarazo de manera autónoma, el foro del video “aborto seguro con misoprostol” (por sí mismo y gracias a la interacción de las usuarias) se convirtió en un espacio de circulación de relatos, pero también un espacio de acompañamiento efímero. En el análisis realizado destacó que no existía entre las usuarias un cuestionamiento sobre sus decisiones reproductivas, pues el anonimato que permite esta plataforma en sus foros habilita a las mujeres a com-

¹⁷ <https://www.reporteindigo.com/reporte/aumento-de-embarazos-en-el-confinamiento-planificacion-familiar-salud-sexual/>

¹⁸ <https://www.who.int/news-room/detail/30-03-2020-who-releases-guidelines-to-help-countries-maintain-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic>

partir procesos, vivencias y dudas íntimas en un espacio público digital, teniendo también el control de la narrativa al interior de las conversaciones al moderar ellas mismas su implicación en el foro.

Por otro lado, una de las ventajas y bondades de estos espacios de interacción es el tejido de redes de relaciones y acompañamiento que se construyen. Ello ante la impronta de hacer llegar información verificada, clara y suficiente para que una mujer realice un aborto autónomo y sea capaz de identificar las señales de éxito y de alarma, así como la importancia que tienen los testimonios de aquellas que han vivido un aborto por este método. Tales redes de apoyo remotas y efímeras surgidas en estos grupos son una alternativa para aquellas mujeres que carecen de una red de apoyo cercana o virtual que acompañe sus procesos de búsqueda de información y/o de interrupción de un embarazo no planeado. Por lo tanto, la generación y la difusión de esta información no solo es un ejercicio de democratización de conocimiento, es también una de las fases más importantes en el proceso de interrupción segura y autónoma de un embarazo no planeado.

Bibliografía

- Berer, Marge, 2006, “Perspectivas Globales. Leyes nacionales y el aborto inseguro: los parámetros del cambio” en *Reproductive Health Matters. Temas de Salud reproductiva*. Aborto: perspectivas globales, n°3, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. pp. 6-14. (<http://diassere.org.pe/wp-content/uploads/2019/06/rhm3.pdf>) [Consultado el 30 de julio de 2020].
- Cedeño, Lurel y otras, 2019, “Guardar/romper el silencio sobre la interrupción voluntaria del embarazo: narrativas de mujeres mexicanas”, en *Athenea Digital*, Vol. 19, núm. 2, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, (<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2313>) [Consultado el 2 de agosto de 2020].
- Diniz, Debora y Marcelo Medeiros, 2012, “Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras”, en *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 17, núm. 7, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, pp. 1671-1681. (<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700002>) [Consultado el 10 de agosto de 2020].
- Drovetta, Raquel, 2016, “Líneas telefónicas de información sobre aborto seguro: una estrategia efectiva para incrementar el acceso de las mujeres a los abortos seguros en América Latina” en *Reproductive Health Matters. Temas de Salud Reproductiva*, Derechos sexuales y aborto en América Latina, n°9, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, pp.124-135.

- Erdman, Joanna, Kinga Jelinska y Susan Yanow, 2018, "Understandings of self-managed abortion as health inequity, harm reduction and social change", en *Reproduction Health Matters*, Vol. 26, núm. 54, pp. 13-19. (<https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1511769>) [Consultado el 2 de agosto de 2020].
- Federación Internacional de Planificación Familiar (International Planned Parenthood Federation/ IPPF), 2018. "Ellas a cargo. Aborto con medicamentos y la vida de las mujeres. Un llamado a la acción" (https://www.ippf.org/sites/default/files/2018-09/IPPf_Her_In_Charge_Report_2018_Spanish.pdf) [Consultado el 10 de agosto de 2020].
- Felitti, Karina y María del Rosario Ramírez, 2020, "Pañuelos verdes por el aborto legal: historia, significados y circulaciones en Argentina y México" en *Encartes. Revista digital multimedia*. CIESAS/COLEF/ITESO, México, pp. 110-145. (<https://encartesantropologicos.mx/felitti-ramirez-panuelos-verdes-aborto-argentina-mexico/>) [Consultado el 2 de julio de 2020].
- Floridi, Luciano, 2015, *The Online Manifesto: Being Human in a Hyperconnected Era*. Springer Open, Londres.
- Ganatra, Bela, Philip Guest y Marge Berer, 2016, "Ampliando el acceso a los servicios de aborto con medicamentos: retos y oportunidades" en *Reproductive Health Matters. Temas de Salud Reproductiva*, Derechos sexuales y aborto en América Latina, n°9, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, pp. 170-173.
- Gudiño, Pablo, 2017, "Activismo católico antiabortista en Argentina: performances, discursos y prácticas" en *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, núm. 26, agosto-septiembre, pp. 38-67.
- Hussein Julia, 2020, "COVID-19: What implications for sexual and reproductive health and rights globally?" en *Sexual and Reproductive Health Matters*, Vol. 28, núm. 1, (DOI:10.1080/26410397.2020.1746065) [Consultado el 10 de Agosto de 2020].
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2019, *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH)*, México. (https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/534997/INEGI_SCT_I FT_ENDUTIH_2019.pdf) [Consultado el 1 de julio de 2020].
- Kissling, Elizabeth, 2018, *From a whisper to a shout: abortion activism and social media*, Repeater Books, Londres.
- Kumar, Anuradha, Leila Hessini y Ellen Mitchell, 2009, "Conceptualizing Abortion Stigma", *Culture, Health & Sexuality*, Vol. 11, núm. 6, Routledge, Londres, pp. 625-639.
- Lamas, Marta, 2012, "Mujeres, aborto e Iglesia Católica" en *Revista de El Colegio de San Luis*. Año 11, núm. 3. El Colegio de San Luis, México. pp. 42-67.
- Lazo, Paola, 2020, "Creencias e ideología detrás del aborto como derecho sexual. La experiencia de mujeres en Jalisco", en Martín Jaime y Fátima Valdivia (eds.) *Mujeres, aborto*

- y religiones en Latinoamérica. Debates sobre política sexual, subjetividades y campo religioso*, CMP Flora Tristán/UNMSM, Lima, pp. 365-398.
- Morán, José Manuel, 2015, “El desarrollo del activismo autodenominado ‘Pro-Vida’ en Argentina, 1980-2014”, en *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 77, núm. 3, Instituto de Investigaciones Sociales/UNAM, México, pp. 407-435.
- Morán, José Manuel y María Peñas, 2013, “¿Defensores de la vida? ¿De cuál “vida”? Un análisis genealógico de la noción de “vida” sostenida por la jerarquía católica contra el aborto” en *Sexualidad, salud y sociedad. Revista Latinoamericana*, Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, Rio de Janeiro, núm. 15, pp. 10-36.
- Prandini Mariana y Sara Larrea, 2020, “Why self-managed abortion is so much more than a provisional solution for times of pandemic”, en *Sexual and Reproductive Health Matters*, Vol. 28, núm. 1, (DOI: 10.1080/26410397.2020.1779633) [Consultado el 10 de Agosto de 2020].
- Ramírez, María del Rosario, 2018, “Narrativas religiosas y el aborto legal”, en Carlos Garma, Maria del Rosario Ramírez y Ariel Corpus (Coords.) *Familias, Iglesias y Estado Laico. Enfoques antropológicos*. Departamento de Antropología/UAM-I, México, pp. 135-154.
- Ramos, Silvina, Mariana Romero y Lila Aizenberg, 2016 “Experiencias de mujeres con el uso de medicamentos abortivos, en un contexto de restricciones legales: el caso de Argentina”, en *Reproductive Health Matters. Temas de Salud Reproductiva*, Derechos sexuales y aborto en América Latina, n°9, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, pp. 136-148.
- Triviño, Rosana, 2012 “Mujeres migrantes y misoprostol: aborto privado, escándalo público” en *DILEMATA*, ño 4, n° 10, Instituto de Filosofía/CCHS/CSIC, Madrid, pp. 31-44. (<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/169/213>) [Consultado el 1 de agosto de 2020].
- Todd-Gher Jaime y Payal Shah, 2020, “Abortion in the context of COVID-19: a human rights imperative”, en *Sexual and Reproductive Health Matters*, Vol. 28, núm. 1 (DOI: 10.1080/26410397.2020.1758394) [Consultado el 10 de Agosto de 2020].
- Vaggione, Juan Marco, 2012, “La “cultura de la vida”: desplazamientos estratégicos del activismo católico conservador frente a los derechos sexuales y reproductivos” en *Religião & Sociedade* [online], Vol.32, núm. 2, pp.57-80. (<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-85872012000200004>) [Consultado el 1 de agosto de 2020].

8. Interrupción legal del embarazo en la CDMX: ¿pueden las mujeres estimar su edad gestacional? Exploración de las diferencias por lugar de residencia y características sociodemográficas

BIANI SAAVEDRA AVENDAÑO
RAFFAELA SCHIAVON
BLAIR G. DARNEY

Resumen

La estimación de la edad gestacional es clave para la realización de abortos, su adecuada medición garantiza una interrupción del embarazo segura y exitosa. Comparamos la edad gestacional (EG) con base en la fecha de última menstruación (FUM) y mediante el ultrasonido (US) en una muestra numerosa de mujeres y distinguimos diferencias de acuerdo al lugar de residencia (Ciudad de México, Estado de México u otro estado) de la mujer y a otras características socio-demográficas.

Realizamos un estudio retrospectivo usando datos de expedientes clínicos de 43,169 mujeres que solicitaron servicios de aborto en tres sitios del programa público de la Ciudad de México, Interrupción Legal del Embarazo

(ILE), en el período 2007 a 2015. Extrajimos estimaciones de la EG en días, con base en la FUM y mediante el US. Calculamos la proporción de sub- y sobre-estimación de la EG comparando ambas mediciones y usando dos puntos de corte (70 días y 90 días); contrastando los resultados de acuerdo al lugar de residencia de las mujeres. Posteriormente, analizamos la brecha en la EG entre la medición por FUM y por US en tres categorías: cero días, +/- 4 días y +/- 7 días, comparando los resultados por el lugar de residencia de las mujeres. Finalmente, construimos tres modelos de regresión logística para identificar las características de las mujeres asociadas con: i) la discrepancia en el EG (por FUM contra US) mayor a +/-7 días, ii) subestimación de la EG menor a 70 días, y iii) subestimación de la EG menor a 90 días, ambas por la FUM comparadas con US. Resultados: En promedio, la EG por FUM es de 59.1 (DE=15.76) días y de 58.1 días (DE=18.01) por US; no hay diferencias de acuerdo con el lugar de residencia de la mujer. En general, el 52% de las mujeres sobreestimó su EG y el 38% la subestimó, según la FUM. Usando el límite de 90 días para la elegibilidad del programa ILE, el 96.0% habría sido elegible para recibir un aborto en el primer trimestre según la FUM. El lugar de residencia de la mujer no afecta la proporción de mujeres con discrepancias en la EG por FUM y US de +/- 4 días (44%) y +/- 7 días (61%). La edad, la escolaridad y la paridad fueron las características sociodemográficas asociadas con tener una discrepancia en la EG (por FUM contra US) mayor a +/- una semana, y con la subestimación de la EG en relación con los límites de 70 y 90 días.

La mayoría de las mujeres pueden estimar su EG utilizando la FUM, independientemente del lugar de residencia y de los obstáculos que puedan enfrentar para solicitar los servicios legales de aborto; las mujeres más jóvenes, nulíparas y con menor nivel educativo pueden incurrir con mayor frecuencia en subestimaciones de la duración de su embarazo. Cuando esté disponible, el US puede usarse para añadir precisión al cálculo de la EG, pero no debe ser una barrera para proporcionar atención de calidad.

Palabras clave: aborto legal, edad gestacional, fecha de última menstruación, México, ultrasonido.

Introducción

LA ESTIMACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL (EG) ES CLAVE PARA GARANTIZAR LA provisión de servicios de aborto de una manera segura y efectiva (Organización Mundial de la Salud, 2018). Aunque las pautas internacionales establecen que el ultrasonido (US) puede utilizarse como herramienta complementaria, si éste se encuentra disponible (Organización Mundial de la Salud, 2018), algunas prácticas clínicas y lineamientos técnicos recomiendan su uso sistemático para determinar la EG, y, por lo tanto, la elegibilidad técnica y legal para realizar un aborto.

No obstante, la evidencia sugiere que el aborto puede realizarse de manera segura y exitosa sin depender del US (Blanchard, Cooper, Dickson, Cullingworth, Mavimbela, von Mollendorf, van Bogaert y Winikoff, 2007; Kaneshiro, Edelman, Sneeringer y Gomez Ponce de Leon, 2011; Gomperts, Van Der Vleuten, Jelinska, da Costa, Gemzell Danielsson y Kleiverda, 2014; Aiken, Digol, Trussell, Gomperts, 2017), ya que la mayoría de las mujeres que buscan servicios de aborto en el primer trimestre del embarazo pueden calcular su EG con un margen de error que permite la interrupción segura del embarazo; esto ha sido consistente en varios países con diferentes niveles de educación y desarrollo (Blanchard y otros, 2007; Kaneshiro y otros, 2011; Gomperts y otros, 2014; Aiken y otros, 2017; Bracken, Clark, Lichtenberg, Schweikert, Tanenhaus, Barajas y Winikoff, 2011; Harper, Ellertson y Winikoff, 2002; Schonberg, Lin Fan, Bennettb, Gold y Jackson, 2014). Además, se ha demostrado que las mujeres que conocen su fecha de última menstruación (FUM) tienden, en promedio, a sobreestimar la duración del embarazo, es decir, reportar una EG mayor a la estimada mediante otros métodos como el US, (Blanchard y otros, 2007; Kaneshiro y otros, 2011; Schonberg y otros, 2014; Raymond y Bracken, 2015), situación que no supone riesgos para la realización de un aborto temprano. Cuando las mujeres subestiman su EG, es decir: reportan una EG menor a la que tienen de acuerdo al US, podría representar un mayor riesgo para el procedimiento de aborto.

En la Ciudad de México (CDMX), el aborto en el primer trimestre fue despenalizado en 2007; esto mismo ocurrió recientemente, en 2019, en el estado de Oaxaca. En los 30 estados restantes del país, la legislación relacionada con el aborto es heterogénea, de acuerdo con cada código penal estatal, pero en general es altamente restrictiva. Existen diversas excepciones para la realización legal de un aborto: por ejemplo, en caso de violación, de anomalías fetales, para salvar la vida de la mujer, o en caso de riesgos para su salud. Sin embargo, la escasa evidencia en la materia ha mostrado su bajísimo uso, tanto en México como en otros países de la región con legislaciones similares (Küng, Darney, Saavedra Avendaño, Lohr y Gil, 2018). Lo anterior pone de relieve enormes inequidades en el acceso a servicios de aborto

seguro de acuerdo con el lugar de residencia. Por ejemplo, implica que las mujeres que viven fuera de la CDMX que requieren tales servicios, tienen que viajar a la capital del país para recibir la atención.

Tras la despenalización del aborto en la CDMX, se implementó el programa público de Interrupción Legal de Embarazo (ILE), que provee servicios de aborto por medicamento y por aspiración, dentro del primer trimestre del embarazo, de forma gratuita para las mujeres residentes en la CDMX, y a un costo accesible para las mujeres que viven en otros estados del país. Desde su inauguración, en la primavera de 2007, hasta la fecha, el programa ILE ha realizado más de 229,000 abortos del primer trimestre (Secretaría de Salud, 2012, 2018; 2019).

De acuerdo con los protocolos del programa ILE, el aborto con medicamentos se ofrece a mujeres con embarazos hasta de 10 semanas de gestación (70 días); el aborto por aspiración se realiza después de las 10 semanas y hasta el límite legal de 12 semanas y 6 días (90 días). Las mujeres que residen fuera de la Ciudad de México reciben preferentemente aborto por aspiración, independientemente de su EG, para asegurar un aborto completo en una sola visita. Las estadísticas públicas del programa ILE muestran que alrededor del 70% de las usuarias residen en la CDMX, 25% en el Estado de México y 5% en otro estado del país (Secretaría de Salud, 2019).

Los lineamientos de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (Secretaría de Salud, 2018) establecen el uso de US por sobre la FUM para determinar la EG y, por lo tanto, la elegibilidad de las mujeres para recibir los servicios en el programa ILE. Después de las 13 semanas, el aborto solo se encuentra disponible bajo limitadas circunstancias (por ejemplo, violación, anomalías fetales, amenaza a la salud o la vida de la mujer) (Küng y otros, 2018; Alexander, Fuentes Rivera, Saavedra-Avendaño, Schiavon, Maldonado Rueda, Hernández, Drake y Darney 2019). Omitir el requisito del uso rutinario del US antes de un aborto para estimar la EG tiene el potencial de mejorar el acceso general a la atención oportuna del aborto y de reducir las demoras y los costos, sin afectar la seguridad y efectividad del procedimiento.

El objetivo de este estudio es cuantificar la discrepancia en la EG medida usando la FUM y por US, e identificar si la magnitud de la discrepancia entre estas dos mediciones varía según el lugar de residencia de las mujeres. Basadas en la literatura relacionada, planteamos la hipótesis de que, en México, como en otros países, una alta proporción de mujeres son capaces de estimar correctamente su EG usando la FUM. Una segunda hipótesis es probar si la capacidad de las mujeres para estimar correctamente su EG está asociada con el estado de residencia, en particular si las mujeres que residen en la CDMX tienen mayor capacidad de estimar correctamente su EG, comparadas con las que acuden desde otras entidades federativas; así mis-

mo, analizar si ciertas características sociodemográficas modulan la capacidad de esta estimación.

Métodos

Realizamos un estudio retrospectivo usando datos de una muestra de expedientes clínicos de tres centros públicos de atención a la salud en la Ciudad de México con un alto volumen de usuarias del programa ILE durante el período 2007-2015 (N= 48,241). Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública (No. 1746), el Comité de Investigación y Enseñanza de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (No. 101-110-12-15) y el Consejo de Revisión Institucional de la Oregon Health & Science University.

Con el objetivo de cuidar la confidencialidad de las usuarias del programa ILE, durante el proceso de recolección de los datos clínicos se omitió la captura de datos personales o cualquier información que pudiera identificarlas. Los detalles del proceso de recolección de los datos, así como del control de calidad de éste, se encuentran disponibles en otro documento (Saavedra Avendaño, Schiavon, Sanhuesa, Ríos Polanco, García Martínez y Darney, 2018).

Analizamos los datos de todas las mujeres que buscaron servicios de aborto en el programa ILE y que contaban con información de la EG, estimada por FUM, por US o por ambas, independientemente de si recibieron el procedimiento o no (debido a sospecha de embarazo ectópico, por haber sido referida a otras instituciones de salud, o por haber solicitado el servicio después del límite gestacional legal en la Ciudad de México, de 12.6 semanas) (Saavedra Avendaño y otros, 2018). Se excluyeron 5022 observaciones (10.4%) debido a que no contaban con información sobre la EG o por reportar en el expediente valores no considerables (por ejemplo, mayor a 40 semanas de gestación). Las características de las mujeres que fueron excluidas del análisis, en comparación con nuestra muestra analítica, se presentan en la tabla A1.

Usamos dos mediciones de la EG: la calculada por el/la médico/a con base en la FUM reportada por la mujer y la estimada a partir del US realizado por el/la proveedor/a de servicios de salud. Creamos tres variables para medir la discrepancia absoluta en días entre las dos estimaciones: a) cero discrepancias, b) una diferencia de +/- 4 días y, c) una diferencia de +/- 7 días. Estos criterios se establecieron debido a que la estimación de la EG mediante el uso del US, está sujeta a un error de medición de +/- 4 días, sobre todo en los embarazos tempranos; asimismo, el margen de +/- 7 días permite establecer un rango de discrepancia en la EG compa-

rando la FUM y el US que no representan un riesgo para llevar procedimiento de manera segura y exitosa.

Posteriormente, y con base en las pautas clínicas del programa ILE y en la ley de aborto de la Ciudad de México, establecimos dos puntos de corte: de 70 días (10 semanas), para determinar la elegibilidad clínica del aborto con medicamentos y 2) de 90 días (12 semanas y 6 días) de gestación, para determinar la elegibilidad legal del aborto.

De acuerdo con nuestras hipótesis, la principal variable independiente es el estado de residencia de la mujer, analizado en tres categorías: la Ciudad de México (CDMX), el estado de México y otro estado del país. Decidimos agrupar a las mujeres en estas categorías debido a las barreras que enfrentan para obtener un aborto legal dependiendo del lugar de residencia. Por ejemplo, las mujeres que viven en la CDMX tienen que recorrer menores distancias para obtener un aborto en el programa ILE, comparadas con las residentes del Estado de México o en otro estado del país. Asimismo, al ser un estado colindante con la CDMX, las mujeres que viven en el Estado de México enfrentan menores barreras de acceso comparadas con las mujeres de otros estados.

Adicionalmente, incluimos diferentes variables sociodemográficas de las mujeres tales como: la edad, dividida en cinco categorías (de 12 a 17 años, de 18 a 24, de 25 a 29, de 30 a 39 y 40 o más); el estado civil (soltera, casada o en unión libre, viuda/ separada o divorciada); el nivel de escolaridad alcanzado (primaria, secundaria, medio superior y universidad); la ocupación, codificada en tres categorías (desempleada o ama de casa, empleada y estudiante), y el número de embarazos (incluido el embarazo que se desea interrumpir) dividido en tres categorías (uno, dos o tres y 4 o más). También incluimos el tipo de procedimiento de aborto recibido (por aspiración o por medicamento), con una categoría separada para las mujeres que no recibieron el servicio de aborto por haberlo solicitado después del límite gestacional legal o por las razones arriba mencionadas (sospecha de un embarazo ectópico, referencia a otra institución: todas estas opciones se agruparon en la categoría “otro”).

Análisis de los datos

Describimos el promedio de la EG calculado por FUM y por US, así como las características sociodemográficas de las mujeres que solicitaron servicios de aborto en el programa ILE, de acuerdo con el lugar de residencia (CDMX, Estado de México y otro estado).

Usamos histogramas para describir la distribución de la EG basada en la FUM y estimada por US, según lugar de residencia de las mujeres. Usando la discrepancia en la EG entre ambas mediciones, calculamos la proporción de sobre- y sub-estimación de la EG basada en la FUM en comparación con el US, en general y usando los puntos de corte de 70 y 90 días. Analizamos diferencias en las proporciones de sobreestimación y subestimación de la EG de acuerdo con el lugar de residencia.

Adicionalmente, describimos la proporción de mujeres sin diferencia entre ambas mediciones, y de aquellas que tuvieron una discrepancia en la EG estimada por la FUM y por US de +/- 4 días y de +/- 7 días. Este análisis se presenta desagregando a las mujeres por su lugar de residencia; realizamos pruebas de diferencia de proporciones. Finalmente, creamos tres modelos de regresión logística para identificar las características de las mujeres asociadas con: a) tener una discrepancia en la EG por la FUM en comparación con el US mayor a 7 días; b) subestimación de la EG: menor o igual a 70 días por FUM, pero mayor a 70 días por US; y c) subestimación de la EG: menor o igual a 90 días por FUM y mayor a 90 días por US. Las tres variables de resultado son dicotómicas: igual a uno si se presenta la condición descrita, igual a cero en caso contrario. La definición de las últimas dos variables de resultados se estableció de acuerdo a los puntos de corte relevantes para recibir un aborto con medicamentos (70 días) y para la elegibilidad legal del programa (90 días). Todo el análisis fue realizado usando el programa estadístico STATA-14.

Resultados

La tabla 1 presenta el promedio de la EG calculado por FUM y por US, a la vez que describe las características sociodemográficas de las mujeres, desagregadas por el lugar de residencia. En promedio, la EG estimada por FUM es de 59.1 días (DE = 15.76), y con base en el US es de 58.1 días (DE = 18.01). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la EG de acuerdo con el estado de residencia, para ninguna de las dos mediciones.

En nuestra muestra, siete de diez mujeres son jóvenes y adultas jóvenes: 48% tienen entre 18 y 24 años, y 21.2% entre 25 y 29 años. Sin embargo, identificamos diferencias estadísticamente significativas en la distribución de la edad entre los tres grupos de mujeres: se observa un menor porcentaje de adolescentes (5.5% contra 8.8% y 8.4% respectivamente) y un mayor porcentaje de jóvenes de entre 18 y 24 años (50.2% vs. 47.7% y 48.3% respectivamente) entre las mujeres que viven en otro estado comparadas con aquellas que viven en la Ciudad de México y en el Estado de México.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres que solicitaron servicios de aborto, de acuerdo con el lugar de residencia (43,196 observaciones)

n	Lugar de residencia							
	CDMX		Estado de México		Otro estado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad Gestacional FUM								
<i>Media (DE)</i>	58.9	(15.65)	59.5	(16.03)	59.6	(16.32)	59.1	(15.76)
Edad Gestacional US								
<i>Media (DE)</i>	57.9	(17.8)	58.6	(18.57)	58.3	(17.9)	58.1	(18.01)
Edad **								
12-17	2708	8.8	879	8.5	126	5.5	3707	8.6
18-24	14631	47.7	4936	48.3	1148	50.2	20715	48.0
25-29	6505	21.2	2115	20.7	532	23.2	9152	21.2
30-39	5985	19.5	2013	19.7	432	18.9	8430	19.5
40-max	783	2.6	271	2.7	46	2.0	1100	2.6
<i>missing</i>	49	0.2	11	0.1	5	0.2	65	0.2
Estado civil**								
Soltera	12797	41.7	4049	39.6	948	41.4	17794	41.2
Casada/Unión libre	15299	49.9	5122	50.1	1084	47.4	21505	49.8
Viuda/Separada/Divorciada	1577	5.1	648	6.3	130	5.7	2355	5.5
<i>missing</i>	988	3.2	400	3.9	127	5.6	1515	3.5
Nivel educativo**								
Primaria	2617	8.5	896	8.8	179	7.8	3692	8.6
Secundaria	10299	33.6	3128	30.6	425	18.6	13852	32.1
Medio Superior	11846	38.6	4017	39.6	792	34.6	16655	38.6
Universidad	4866	15.9	1759	17.2	748	32.7	7373	17.1
<i>missing</i>	1033	3.4	419	4.1	145	6.3	1597	3.7
Ocupación**								
Desempleada/Ama de casa	7070	23.1	2158	21.1	341	14.9	9569	22.2
Empleada	14191	46.3	4821	47.2	1222	53.4	20234	46.9
Estudiante	8342	27.2	2822	27.6	587	25.6	11751	27.2
<i>missing</i>	1058	3.5	418	4.1	139	6.1	1615	3.7
No. Embarazos**								
Uno	11052	36.1	3728	36.5	1107	48.4	15887	36.8
Dos o tres	13705	44.7	4445	43.5	825	36.0	18975	44.0
Cuatro o más	5322	17.4	1800	17.6	297	13.0	7419	17.2
<i>missing</i>	582	1.9	246	2.4	60	2.6	888	2.1

n	Lugar de residencia							
	CDMX		Estado de México		Otro estado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	30661	71.0%	10219	23.7%	2289	5.30%	43169	100%
Tipo de procedimiento**								
Aborto por medicamento	22056	71.9	7324	71.7	714	31.2	30094	69.7
Aborto por aspiración	5291	17.3	1781	17.4	1354	59.2	8426	19.5
Otro #	3314	10.8	1114	10.9	221	9.7	4649	10.8

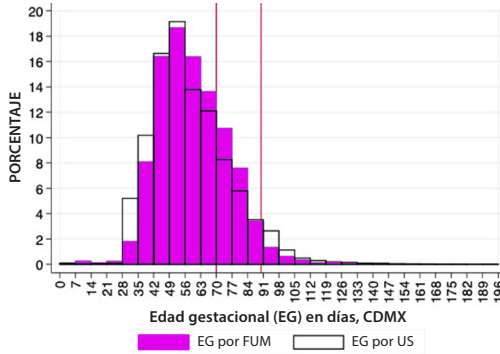
Nota: ** $p < 0.01$ # No recibió el procedimiento por pasar el límite gestacional, fue referida a otros servicios, sospecha de embarazo ectópico.

La mitad de la muestra (49.8%) estaba casada o en unión libre, con una distribución muy similar en los tres grupos de comparación. Respecto al nivel educativo, identificamos que las mujeres que residen en otro estado y que acuden a los servicios de ILE tienen un nivel educativo mayor que los otros grupos: el 32.7% de las primeras estudiaron la universidad, comparadas con 15.9 y 17.2% respectivamente de las mujeres de la CDMX y el Estado de México ($p < 0.01$). El 46.9% de la muestra total reportó algún tipo de empleo fuera del hogar: este porcentaje es mayor entre las residentes de otro estado comparadas con las mujeres de la CDMX y el Estado de México ($p < 0.01$).

Más de un tercio de las mujeres residentes en la CDMX (36.1%) y en el Estado de México (36.5%) no habían experimentado un embarazo anterior al que buscaban interrumpir; este porcentaje sube a casi la mitad (48.4%; $p < 0.01$) entre las mujeres que residen en otro estado. Cerca del 70% de la muestra recibió un aborto con medicamento y el 19.5% mediante una aspiración, mientras que el resto de las mujeres no recibió un aborto ya sea porque se presentó después del límite gestacional legal o por otro motivo (10.8%). Identificamos que en el grupo de las mujeres que viven en otro estado, 31.2% tuvo un aborto con medicamento y 59.2% mediante una aspiración. La distribución del tipo de procedimiento recibido es diferente estadísticamente entre los grupos de comparación, de manera compatible con los lineamientos de manejo clínico arriba mencionados.

La figura 1 muestra la distribución de la EG de acuerdo con nuestras dos mediciones, por FUM y por US, de acuerdo al lugar de residencia de las mujeres. Los histogramas muestran un importante traslape entre ambas mediciones, sin diferencias importantes según el lugar de residencia. Identificamos que aproximadamente la mitad de las mujeres sobreestimaron la EG de acuerdo a la FUM, porcentaje muy parecido en los grupos de comparación. Lo mismo ocurre con el porcentaje de mu-

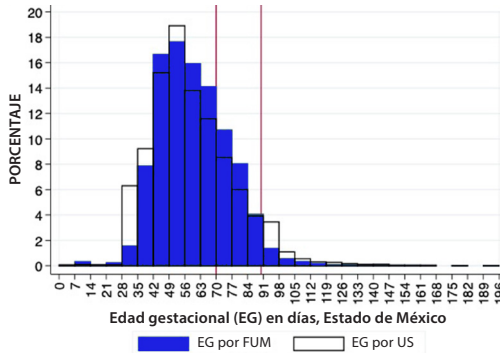
Figura 1. Distribución de la edad gestacional (EG) en días por fecha de última menstruación (FUM) y ultrasonido (US), de acuerdo al lugar de residencia



Nota:

Total CDMX		30,661	100
		n	%
a	Sobreestimación de la EG por FUM	15,709	51.2
a.1	EG > 70 días por FUM y <= 70 días por US	2,224	7.3
a.2	EG > 90 días por FUM y <= 90 días por US	376	1.2
b	Subestimación de la EG por FUM	11,740	38.3
b.1	EG <= 70 días por FUM y > 70 días por US	1,903	6.2
b.2	EG <= 90 días por FUM y > 90 días por US**	1,150	3.8

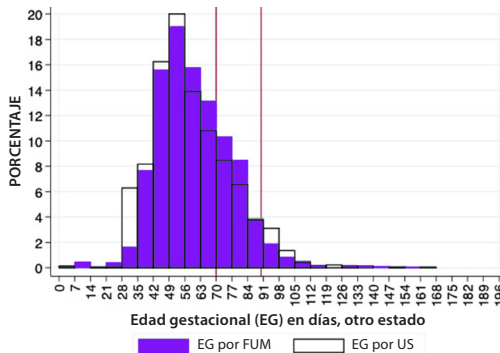
** p<0.01. Las pruebas de proporciones se hicieron entre las categorías del lugar de residencia para cada medición de sobre y subestimación.



Nota:

Total Estado de México		10,219	100
		n	%
c	Sobreestimación de la EG por FUM	5,274	51.6
c.1	EG > 70 días por FUM y <= 70 días por US	715	7.0
c.2	EG > 90 días por FUM y <= 90 días por US	120	1.2
d	Subestimación de la EG por FUM	4,000	39.1
d.1	EG <= 70 días por FUM y > 70 días por US	661	6.5
d.2	EG <= 90 días por FUM y > 90 días por US**	469	4.6

** p<0.01. Las pruebas de proporciones se hicieron entre las categorías del lugar de residencia para cada medición de sobre y subestimación.



Nota:

Total otro estado		2,289	100
		n	%
e	Sobreestimación de la EG por FUM	1,194	52.2
e.1	EG > 70 días por FUM y <= 70 días por US	141	6.2
e.2	EG > 90 días por FUM y <= 90 días por US	35	1.5
f	Subestimación de la EG por FUM	877	38.3
f.1	EG <= 70 días por FUM y > 70 días por US	131	5.7
f.2	EG <= 90 días por FUM y > 90 días por US**	82	3.6

** p<0.01. Las pruebas de proporciones se hicieron entre las categorías del lugar de residencia para cada medición de sobre y subestimación.

eres que subestimaron la EG, aproximadamente cuatro de cada diez, sin diferencias estadísticamente significativas por lugar de residencia.

Considerando el punto de corte de 70 días, identificamos que aproximadamente el 6% de todas las mujeres habrían sido candidatas a un aborto con medicamento según la FUM, a pesar de no ser elegibles según el US, sin diferencias significativas según el lugar de residencia. (figura 1: 6.2% de las residentes en la CDMX [panel b.1], 6.5% de las que viven en el Estado de México [panel d.1] y 5.7% de las mujeres que viven en otro estado [panel f.1]).

Considerando el punto de corte de 90 días (el límite legal de 12 semanas y 6 días), para alrededor del 96% de las mujeres la medición basada en el US no alteró su elegibilidad para un aborto legal del primer trimestre en el programa de ILE. Aproximadamente el 4% habría sido candidata a un aborto legal por FUM, a pesar de no ser elegible por US. Identificamos aquí diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de comparación, siendo las mujeres residentes en el Estado de México las que mostraron un porcentaje mayor de discrepancia (figura 1: 3.8% de las residentes en la CDMX [panel b.2], 4.6% de las que viven en el Estado de México [panel d.2] y 3.6% de las mujeres que viven en otro estado [panel f.2]).

Por otro lado, basándose únicamente en la FUM, alrededor del 7% de la muestra no habría sido elegible para recibir un aborto con medicamentos, a pesar de ser elegible según la medición del US (figura 1: 7.3% para las residentes en la CDMX [panel a.1], 7.0% entre las que viven en el Estado de México [panel c.1] y 6.2% en las mujeres que viven en otro estado [panel e.1]). Una proporción muy menor, cerca del 1%, no habría sido candidata a recibir un aborto en el primer trimestre según la FUM, siendo elegible según el US (figura 1: 1.2% para las residentes en la CDMX [panel a.2], 1.2% entre las que viven en el Estado de México [panel c.2] y 1.5% en las mujeres que viven en otro estado [panel e.2]). Estos porcentajes no son diferentes estadísticamente entre los grupos de comparación.

La tabla 2 muestra el porcentaje de mujeres que tuvieron una discrepancia en la EG basadas en la FUM en comparación con el US de: +/- 4 días, +/- 7 días y sin discrepancia. Todas estas diferencias se analizaron de acuerdo al lugar de residencia de las mujeres. Identificamos que las mujeres que viven en la CDMX tienen un mayor porcentaje (panel a.1, 10.5%) de concordancia entre las dos mediciones en comparación con las mujeres residentes en el Estado de México o en otro estado (panel b.2, 9.2%, panel c.3, 9.5% respectivamente; $p < 0.01$). La proporción de mujeres con discrepancias en la EG por la FUM y el US de +/- 4 días y +/- 7 días no son diferentes entre los grupos de comparación.

La figura 2 muestra un modelo de regresión logística en el que la variable de resultado es un indicador dicotómico que identifica a las mujeres que tuvieron una

Tabla 2. Proporción de discrepancia en la edad gestacional por fecha de última menstruación comparado con ultrasonido, de acuerdo al estado de residencia

Panel A	Residencia en CDMX	n	%
1**	Sin discrepancia en EG entre FUM y US	30661	100
1.a	Diferencia entre FUM y US de +/- 4 días	13516	44.1
1.b	Diferencia entre FUM y US de +/- 7 días	18932	61.7
Panel B	Residencia en Estado de México	10219	100
2**	Sin discrepancia en EG entre FUM y US	944	9.2
2.a	Diferencia entre FUM y US de +/- 4 días	4450	43.5
2.b	Diferencia entre FUM y US de +/- 7 días	6231	61.0
Panel C	Residencia en otro estado	2289	100
3**	Sin discrepancia en EG entre FUM y US	218	9.5
3.a	Diferencia entre FUM y US de +/- 4 días	1022	44.6
3.b	Diferencia entre FUM y US de +/- 7 días	1445	63.1

Nota: ** p<0.01. Las pruebas de proporciones se hicieron entre las categorías del lugar de residencia para cada medición de discrepancia: sin, +/- 4 días y +/- 7 días.

Figura 2. Modelo de regresión logística: características de las mujeres asociadas con tener una discrepancia en la edad gestacional entre la FUM y el US mayor a 7 días

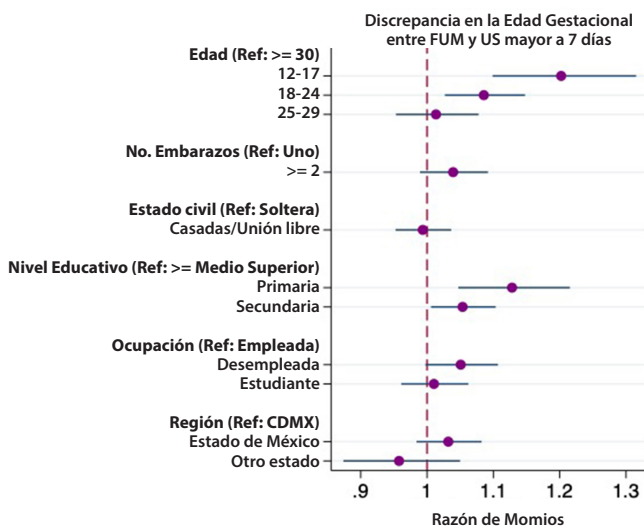
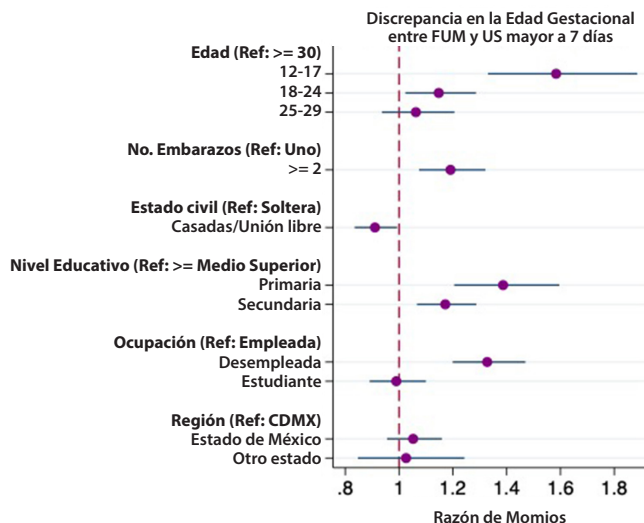


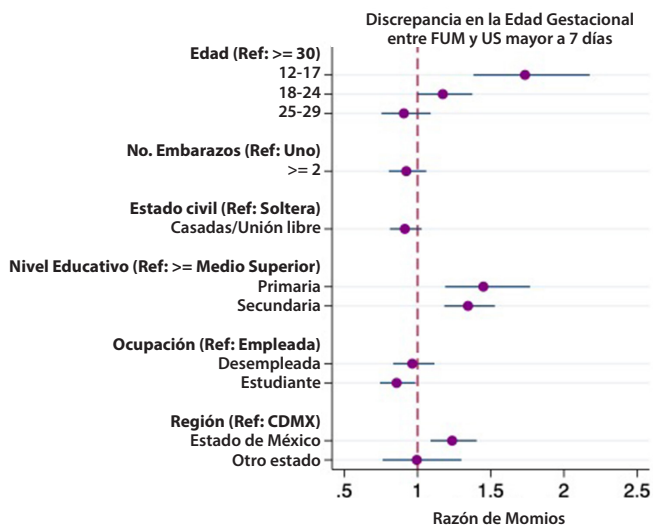
Figura 3. Modelo de regresión logística: características de las mujeres asociadas con subestimar la edad gestacional menos o igual a 70 días por FUM y mayor a 70 días por US



discrepancia entre las dos mediciones de EG (FUM vs.US) mayor a +/- siete días. Identificamos que las adolescentes de 12 a 17 años de edad y las mujeres jóvenes de 18 a 24 años tienen mayores momios (Razón de Momios ajustados [RMa]= 1.20 [IC= 1.09-1.31] y RMa= 1.08 [IC= 1.02-1.14] respectivamente) de tener una discrepancia de más de +/- una semana, comparadas con las adultas de 30 años o mayores. Asimismo, observamos que las mujeres con baja escolaridad (RMa= 1.12 para primaria y RMa=1.05 para secundaria) tienen mayores posibilidades de discrepancia mayor a +/- una semana, en comparación con las mujeres con educación media superior o superior. Contrario a nuestra hipótesis, y en congruencia con el análisis descriptivo presentado previamente en la figura 1, y una vez que controlamos por características de las mujeres, identificamos que el estado de residencia no está asociado con tener discrepancias en la EG mayores a 7 días.

Finalmente, analizamos las diversas características sociodemográficas asociadas con subestimar la EG por la FUM, usando los puntos de corte de 70 y 90 días. Los riesgos de subestimación en estos dos cortes son los más relevantes desde el punto de vista clínico y legal, ya que implicarían que estas mujeres podrían ser equivocadamente candidatas a un aborto con medicamento o, más aún, a un aborto legal. Los hallazgos se muestran en las figuras 3 y 4 respectivamente. En ambos casos,

Figura 4. Modelo de regresión logística: características de las mujeres asociadas con subestimar la edad gestacional menos o igual a 90 días por FUM y mayor a 90 días por US



identificamos que, comparadas con las mujeres adultas de 30 o más años de edad, las adolescentes (de 12 a 17 años) y las mujeres jóvenes (de 18 a 24 años de edad) tienen mayores momios de subestimar la EG por FUM por debajo de estos puntos de corte, a pesar de tener un US por arriba de ambos límites (figuras 3 y 4). Lo mismo observamos para mujeres con baja escolaridad (primaria o secundaria) comparadas con las mujeres más educadas.

Analizando en particular el riesgo de subestimar la EG por FUM en el corte de 70 días, encontramos que las mujeres que están cursando con su primer embarazo (mismo que desean interrumpir) tienen mayores momios de subestimar su EG comparadas con mujeres con dos o más embarazos previos (RMa= 1.19 [IC= 1.07 -1.32]; figura 3). Asimismo, encontramos mayores posibilidades de subestimación entre mujeres que no tienen empleo remunerado, comparadas con mujeres empleadas (RMa= 1.32 [IC= 1.19 -1.46]; figura 3).

Finalmente, identificamos que las mujeres que residen en el Estado de México tienen mayores posibilidades de subestimar la EG por FUM por debajo del límite de elegibilidad legal del programa (90 días) en comparación con las mujeres que viven en la CDMX (RMa= 1.23 [IC= 1.09 - 1.40]; figura 4).

Discusión

En promedio, la EG por FUM en esta amplia muestra de mujeres mexicanas que solicitan un aborto legal es de 59.1 (DE=15.76) días y de 58.1 días (DE=18.01) por US, sin identificar diferencias de acuerdo con el lugar de residencia de la mujer. En general, el 52% de las mujeres sobreestimó su EG y el 38% la subestimó según la FUM. Usando el límite de 90 días para la elegibilidad legal del programa ILE, alrededor del 4% habría recibido un aborto legal en el primer trimestre basado en la FUM a pesar de no ser elegible según la medición del US. Identificamos que las mujeres que residen en el Estado de México tienen una proporción ligeramente más alta, comparadas con las residentes en el CDMX y en otros estados.

Poco menos de la mitad de toda la muestra cursa con una discrepancia en la EG por FUM y US de +/- 4 días. Para seis de cada 10 mujeres, la discrepancia es mayor a +/- una semana, sin diferencias según lugar de residencia. Cabe señalar, sin embargo, que la mayor preocupación de los tomadores de decisión, así como del personal clínico, se relaciona no tanto con la concordancia exacta entre EG por la FUM en comparación con el US, sino con el riesgo potencial de subestimación de la EG, en caso de no usar sistemáticamente el US.

En nuestra muestra, decidimos analizar intencionalmente la proporción de mujeres que por FUM subestiman su EG, comparada con el US, de acuerdo con dos cortes, de 70 y 90 días. Como mencionamos arriba, el primero es relevante porque determina la elegibilidad clínica para recibir un aborto con medicamento, de acuerdo con los Lineamientos Técnico de la CDMX, y el segundo porque determina la elegibilidad legal del programa mismo. Globalmente, solo el 6% de las mujeres habrían sido incluidas en un régimen de aborto medicamentoso, y solo el 4% hubieran recibido una ILE, a pesar de estar afuera de los límites legales del programa. La edad, la paridad, la escolaridad y las condiciones de empleo fueron las características asociadas con tener una discrepancia en la EG (por FUM contra US) mayor a 7 días y, sobre todo, con subestimar la EG por debajo de los dos cortes considerados.

Nuestros resultados muestran, en general, que las mujeres que solicitan servicios de aborto en el primer trimestre en la CDMX son capaces de estimar la EG de su embarazo; el lugar de residencia es independiente de su capacidad de recordatorio de la FUM y por ende de estimación correcta de su EG.

Si bien se ha documentado que las mujeres que viven en otros estados y que viajan a la CDMX para recibir servicios de aborto, son diferentes a sus pares en la comunidad, no encontramos evidencia que apunte al lugar de residencia como una variable asociada a un reporte incorrecto de la EG, con excepción de las mujeres en el Estado de México que tienen mayores posibilidades de subestimar su EG en el

límite de 90 días. Por otro lado, algunas variables sociodemográficas, como la edad, la paridad, la escolaridad y las condiciones de empleo se encuentran asociadas con un mayor riesgo de discrepancia en la EG (por FUM contra US) mayor a 7 días y, sobre todo, con un mayor riesgo de subestimación de la EG, por debajo de los cortes analizados.

Nuestros resultados son consistentes con estudios anteriores, que han identificado un porcentaje de entre 0.9%-12% de mujeres que subestiman su EG por LMP en comparación con el US (Ellertson, Elul, Ambardekar, Ambardekar, Wood, Carroll y Coyaji, 2000; McGalliard y Gaudoin, 2004; Bracken y otros, 2011; Raymond y otros, 2015). El diseño de nuestro estudio no permite evaluar el impacto de tales subestimaciones, que en su enorme mayoría abarcan menos de 7 días o están incluso adentro del margen común de error de la medición por US en un embarazo temprano. Aún en estas circunstancias, en los diversos contextos en donde el US no es usado sistemáticamente para estimar la EG, la literatura ha reportado bajos niveles de complicaciones durante y después del procedimiento; adicionalmente, se ha documentado que el aborto por medicamento es seguro y exitoso después de los 70 días (10 semanas) (Organización Mundial de la Salud, 2018; Kapp, Eckersberger, Lavelanet y Rodriguez, 2019).

Los resultados de procedimientos y programas que no recurren rutinariamente al US son de hecho comparables con los obtenidos con el uso de US (Winikoff, Sivin, Coyaji, Cabezas, Bilian, Sujuan, Ming Kun, Krishna, Eschen y Ellertson, 1997; Hoffman, Messer, Mendola, Savits, Herring y Hartmann, 2008; Mundle, Elul, Anand, Kalyanwala y Ughade, 2007; Gomperts y otros, 2014; Aiken y otros, 2017). La exploración pélvica bimanual puede ser utilizada de manera complementaria con la FUM, pero es poco sensible para la determinación exacta de la EG en etapas tempranas del embarazo, y en manos poco experimentadas. Por lo tanto, hay situaciones en las que las mujeres y el personal de salud se pueden beneficiar del uso del US, por ejemplo, cuando las mujeres presenten alteraciones del tracto genital o del embarazo mismo (tales como fibromas, anomalías uterinas, embarazo gemelar o ectópico) que impliquen una discrepancia entre EG presunta por FUM vs. examen pélvico, o cuando las mujeres cursen con ciclos irregulares, cuando se embarazaron durante la toma de anticonceptivos hormonales, o cuando tengan dificultades en el recordatorio preciso de su calendario menstrual.

Nuestros hallazgos sugieren que el riesgo de un mal recordatorio pueda aumentar en mujeres adolescentes, sobre todo cuando sea la primera experiencia de embarazo, o en mujeres con menor empoderamiento educativo y/o económico. Este grupo de población puede beneficiarse del uso complementario del US toda vez que tengan dificultad para identificar con seguridad su FUM, y por lo tanto su EG.

Nuestros resultados se deben interpretar a la luz de estas consideraciones adicionales, para que el uso de la FUM se acompañe de exploraciones o estudios complementarios para un cálculo correcto de la EG, toda vez que estén clínicamente indicados (Nichols, Morgan y Jensen, 2002; Organización Mundial de la Salud, 2018; The Royal College of Obstetricians and Gynaecologist, 2015). Finalmente, si bien no es ésta la finalidad del estudio, vale la pena mencionar la utilidad del US para confirmar toda sospecha diagnóstica de implantaciones ectópicas del embarazo.

Solicitamos a quien lea este texto interpretar los resultados de este estudio teniendo en cuenta las siguientes limitaciones. Primero, nuestras estimaciones asumen que la EG medida mediante el US es siempre precisa, y por ende la consideramos el estándar de oro para estimar la EG. Sin embargo, el US tiene un margen común de error de +/- 4 días para estimar la EG en embarazos tempranos, dependiendo de la calidad del equipo y de la habilidad del/la examinador/a (ACOG Committee on Obstetric Practice, 2017); por lo tanto, es posible que algunas de las estimaciones presentadas no sean totalmente exactas. Segundo, es posible que los procedimientos clínicos no estuvieran completamente estandarizados en todos los centros de atención incluidos en el estudio, por ejemplo, en relación con el momento exacto o a la modalidad con que se recabó la FUM durante la visita clínica, ya que no había información de respaldo en el expediente clínico para determinar qué tan preciso era el recordatorio de las mujeres de la FUM que informaron. En tercer lugar, excluimos de nuestra muestra analítica a las mujeres con valores perdidos o datos implausibles en la estimación de la EG. Una gran proporción de las mujeres excluidas (21.7%) no recibió los servicios de aborto debido a que los solicitó después del límite gestacional legal, y estas mujeres tienden a tener registros médicos incompletos en general.

Finalmente, si bien analizamos una gran muestra de mujeres que buscaron servicios de aborto en el programa ILE, no representan la totalidad de las solicitudes de abortos en el programa público. Sin embargo, cuando comparamos esta muestra con el perfil general de todas las usuarias de ILE (Secretaría de Salud, 2019), encontramos que son similares, excepto por una mayor proporción de adolescentes (8.6%) en nuestra muestra analítica, en comparación con el 6.4% en el programa ILE, debido a que en nuestro estudio se incluyó un centro de referencia específica para adolescentes.

Conclusiones

Este estudio proporciona información sólida sobre la estimación de la EG en una muestra grande de mujeres que solicitaron servicios de aborto legal en el programa

de ILE de la Ciudad de México, resultados que pueden ser representativos para la población latinoamericana. Nuestros hallazgos confirman la capacidad de las mujeres para evaluar correctamente la EG mediante la FUM: las mujeres de nuestra muestra pudieron establecer su elegibilidad para los protocolos de aborto con medicamentos y para la elegibilidad general del programa ILE, que provee servicios de interrupción del embarazo en el primer trimestre de gestación.

El US puede ser utilizado, cuando esté disponible y cuando existan indicaciones específicas, pero de acuerdo con las normativas globales, la falta de esta tecnología no debe constituir una barrera para brindar atención de calidad (Organización Mundial de la Salud, 2018). Exigir el uso de US de manera rutinaria para estimar la EG, cuando esta tecnología no es accesible, puede causar un retraso en la atención, y por ende constituye un factor de riesgo de complicaciones y potencialmente una barrera para acceder al aborto temprano y legal (Figo Working Group, 2011).

Nuestros hallazgos apoyan las directrices internacionales existentes (The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015; Organización Mundial de la Salud, 2018; Kappler, 2019) y tienen implicaciones directas para las regulaciones, normas y protocolos para la prestación de servicios de aborto legal en México y la región de América Latina, especialmente en entornos con escasos recursos o cuando se dificulte el acceso rutinario a la atención presencial y a los estudios de gabinete, como en estos tiempos de emergencias sanitarias (Reynolds-Wright, Johnstone, McCabe, Evans, Cameron, 2020).

Bibliografía

- ACOG Committee on Obstetric Practice, The American Institute of Ultrasound in Medicine, The Society for Maternal-Fetal Medicine, 2017, "Committee Opinion No 700: Methods for Estimating the Due Date:", en *Obstet Gynecol*, Vol. 129, pp. e150-e4.
- Aiken, R. Abigail., Digol, Irena., Trussell, James. y Gomperts, Rebecca, 2017, "Self reported outcomes and adverse events after medical abortion through online telemedicine: population based study in the Republic of Ireland and Northern Ireland" en *BMJ*, Vol. 16, p. 357.
- Alexander, T. Lily., Fuentes Rivera, Evelyn., Saavedra-Avendaño, Biani., Schiavon, Raffaella., Maldonado Rueda, Noe., Hernández, Bernardo., Drake, L. Alison., y Darney, G. Blair, 2019, "Utilisation of second-trimester spontaneous and induced abortion services in public hospitals in Mexico, 2007-2015," en *BMJ sexual & reproductive health*, Vol. 45, núm. 4, pp. 283-289.

- Blanchard, Kelly., Cooper, Diane., Dickson, Kim., Cullingworth, Lee., Mavimbela, Nqobile., von Mollendorf, Claire., van Bogaert, J. Louis, y Winikoff, Beverly, 2007, "A comparison of women's, providers' and ultrasound assessments of pregnancy duration among termination of pregnancy clients in South Africa", en *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 114, núm. 5, pp. 569-575.
- Bracken, Hillary., Clark, Wesley., Lichtenberg, E. Steve., Schweikert, Suzanne., Tanenhaus, Jini., Barajas, Ana. y Winikoff, Beverly, 2011, "Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone-misoprostol", en *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, núm. 118, pp. 17-23.
- Ellertson, Charlotte., Elul, Batya., Ambardekar, Shuha., Ambardekar, Shuha., Wood, Lindy., Carroll, Julie., y Coyaji, Kurus, 2000, "Accuracy of assessment of pregnancy duration by women seeking early abortions" en *Lancet*, Vol. 355, pp. 877-81.
- FIGO Working Group on Prevention of Unsafe Abortion and its Consequences, & International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2011, "The combination of mifepristone and misoprostol for the termination of pregnancy", en *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, Vol. 115, núm. 1, pp. 1-4.
- Gaceta oficial del Distrito Federal, 2012, Ley de Salud del Distrito Federal. Ciudad de México.
- Gomperts, Rebecca., Van Der Vleuten, Kirsten., Jelinska, Kinga., da Costa, Cecilia Veiera., Gemzell Danielsson, Kristina. y Kleiverda, Gunilla, 2014, "Provision of medical abortion using telemedicine in Brazil" en *Contraception*, Vol. 89, pp. 129-33
- Harper, Cynthia., Ellertson, Charlotte. y Winikoff, Beverly, 2002, "Could American women use mifepristone-misoprostol pills safely with less medical supervision?", en *Contraception*, Vol. 65, pp. 133-42.
- Hoffman, S. Caroline., Messer, C. Lynne., Mendola, Pauline., Savits, A. David., Herring, H. Amy. y Hartmann E. Katherine, 2008, "Comparison of gestational age at birth based on last menstrual period and ultrasound during the first trimester", en *Paediatr Perinat Epidemiol*, Vol. 22, pp. 587-96.
- Kaneshiro, Bliss., Edelman, Alison., Sneeringer, K. Robyn. y Gomez Ponce de Leon, Rodolfo. , 2011, "Expanding medical abortion: can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound?", en *Contraception*, Vol. 83, pp. 194-201.
- Kapp, Nathalie., Eckersberger, Elisabeth., Lavelanet, Antonella. y Rodriguez, Maria Isabel, 2019, "Medical abortion in the late first trimester: a systematic review", en *Contraception*, Vol. 99, pp. 77-86.
- Kappler, Maija, 2019, Mifegymiso can be prescribed without an ultrasound: health Canada, *Huffingtonpost* [Internet]. Disponible en: https://www.huffingtonpost.ca/2019/04/16/mifegymiso-health-canada_a_23712955/

- Küng, A. Stephanie., Darney, G. Blair., Saavedra Avendaño, Biani., Lohr, A. Patricia. y Gil, Laura, 2018, "Access to abortion under the Heath exception: a comparative analysis in three countries", en *Reproductive health*, Vol. 15, p.107.
- McGalliard, Catherine. y Gaudoin, Marco, 2004, "Routine ultrasound for pregnancy termination requests increases women's choice and reduces inappropriate treatments", en *BJOG*, Vol. 111, pp. 79-82.
- Mundle, Shuchita., Elul, Batya., Anand, Abhijeet., Kalyanwala, Shveta. y Ughade, Suresh, 2007, "Increasing access to safe abortion services in rural India: experiences with medical abortion in a primary health center", en *Contraception*, Vol. 76, pp. 66-70.
- Nichols, Mark., Morgan, Elizabeth. y Jensen, T. Jeffrey, 2002, "Comparing bimanual pelvic examination to ultrasound measurement for assessment of gestational age in the first trimester of pregnancy", en *The Journal of Reproductive Medicine*, Vol. 47, núm. 10, pp. 825- 828.
- Organización Mundial de la Salud. 2018, *Medical management of abortion*. OMS, Ginebra.
- Raymond, G. Elizabeth. y Bracken, Hillary, 2015, "Early medical abortion without prior ultrasound", en *Contraception*, Vol. 92, pp. 212-4.
- Reynolds-Wright, John Joseph., Johnstone, Anne., McCabe, Karen., Evans, Emily., Cameron, Sharon, 2020, "Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks' gestation: a prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic", en *BMJ Sex Reprod Health* 2021 Feb 4:bmjsrh-2020-200976. doi: 10.1136/bmjsrh-2020-200976.
- Saavedra Avendaño, Biani., Schiavon, Raffaella., Sanhueza Smith Patricio, Rios Polanco Ranulfo., García Martínez, Laura. y Darney G. Blair, 2018, "Who presents past the gestational age limit in Mexico City's public abortion program?", en *PloS One*, Vol. 13.
- Schonberg, Dana., Lin Fan, Wanga., Bennettb, H. Arianan., Gold, Marji. y Jackson, Emily, 2014, "The accuracy of using last menstrual period to determine gestational age for first trimester medication abortion: a systematic review", en *Contraception*, Vol. 90, pp. 480-487.
- Secretaría de Salud, 2012, *Ley de Salud del Distrito Federal*, Ciudad de México., Gaceta oficial del Distrito Federal.
- Secretaria de Salud, 2018, *Actualización de los lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud para la interrupción del embarazo en la Ciudad de México*, Gaceta Oficial de la Ciudad de México, Ciudad de México.
- Secretaría de Salud, 2019, *Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Estadísticas Abril 2007-Abril 2019*, Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Ciudad de México.
- The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015, *Best practice in comprehensive abortion care*, Best Practice, Londres.
- Winikoff, Beverly., Sivin, Irving., Coyaji, J. Kurus., Cabezas, Evelio., Bilian, Xiao., Sujuan, Gu., Ming Kun, D., Krishna, R. Usha., Eschen, Andrea. y Ellertson, Charlotte, 1997, "Safety,

efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion”, en *American journal of obstetrics and gynecology*, Vol. 176, núm. 2, pp 431-437.

Autoras y autores

Coordinadoras

GEORGINA SÁNCHEZ-RAMÍREZ es M. en C. en Población por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y PhD. en Sexualidad por la Universidad de Salamanca, España. Especialista en temas relacionados con género y salud, en tres ejes principales: 1) Indicadores sociodemográficos, Partería y Salud Sexual y Reproductiva y 3) Desarticulación de la violencia machista. Desde 1997 es Profesora Investigadora de El Colegio de la Frontera Sur, en el Departamento de Salud [<https://www.ecosur.mx/departamento/ds/>] y es integrante del Sistema Nacional de Investigación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México, y pertenece además a la Sociedad Mexicana de Demografía. Radica en la bella ciudad de San Cristóbal de Las Casas, en Chiapas, México y se define a sí misma como una científica social feminista, comprometida con trabajar por un mundo mejor para las mujeres y quienes las amen. Correo electrónico: gsanchez@ecosur.mx

SUZANNE VELDHUIS es Médica general graduada de la Universidad de Amsterdam, Países Bajos, M. en C. en Desarrollo Rural y Recursos Naturales por El Colegio de la Frontera Sur, México, y actualmente cursa el Doctorado en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable en el Departamento de Salud de la misma institución. Cuenta con más de diez años de experiencia laboral en el sector público de salud, y con organizaciones no gubernamentales en proyectos relacionados a la salud sexual y reproductiva y el aborto seguro. Es originaria de los Países Bajos, pero vive en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México desde el 2013. Se considera médica y científica feminista, y se está especializando en el tema del aborto autónomo, acompañamiento feminista y su articulación con el sector médico. Correo electrónico: suzanne.veldhuis@gmail.com

Colaboraciones

MADELEINE BELFRAGE es candidata a doctorado en ciencias sociales y maestra en Práctica del Desarrollo por la Universidad de Queensland, Australia, integrante del consejo de la Red Internacional por la Reducción del Estigma y Discriminación del Aborto (Inroads, por sus siglas en inglés) y de la coordinación de la Asociación por los estudios ibéricos y latinoamericanos de Australia (AILASA por sus siglas en inglés). Es co-autora de “Story Circles and abortion stigma in Mexico: a mixed-methods evaluation of a new intervention for reducing individual level abortion stigma” (Belfrage M, Ortiz Ramírez O, Sorhaindo 2019) y “Failing forward: A case study in neoliberalism and abandonment in Calama” (Babidge y Belfrage M, 2017). Sus áreas de interés son aborto autónomo, estigma, feminismos descoloniales latinoamericanos, gobernabilidad reproductiva y el neoliberalismo. El presente capítulo contiene extractos de su trabajo de tesis, actualmente en desarrollo. Correo electrónico: belfragem@gmail.com

GEICEL LLAMILETH BENÍTEZ FUENTES es Maestra en Ciencias en Estudios sobre Diversidad Cultural y Espacios Sociales del Instituto de Estudios Indígenas de la UNACH, Chiapas, México, y licenciada en Ciencias de la Comunicación. Coordinó a lo largo de 10 años diversos proyectos comunitarios y clínicas enfocadas a prestar servicios de salud sexual reproductiva, además de tener experiencia en temas como aborto voluntario y violencia estructural contra las mujeres realizando investigaciones, talleres y proyectos sobre violencia desde los procesos formativos de la infancia, violencia en el noviazgo, violencia intrafamiliar, desigualdades y sus intersecciones sociales, económicas y de género. Es originaria de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México, y se considera activista y promotora de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las y los jóvenes en diferentes regiones del estado de Chiapas. Correo electrónico: resistencia88_gy@hotmail.com

BLAIR G. DARNEY Oregon Health & Science University, Department of Obstetrics and Gynecology and School of Public Health, Portland, Oregon, EE.UU, Centro de Investigación en Salud Poblacional (CISP), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Cuernavaca, Morelos, México. Es Doctora por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Washington y tiene una maestría en Salud Global por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Yale. Realizó un post-doctorado en la Oregon Health & Science University, en donde obtuvo una beca para realizar investigación sobre la calidad los servicios de salud. Actualmente es investigadora invitada del Instituto Nacional de Salud Pública de México, investigadora asociada de la Oregon

Health & Science University y Profesora-investigadora de la Escuela de Salud Pública de la misma Universidad. Ha sido investigadora principal de múltiples proyectos con financiamiento internacional. Sus principales temas son: la medición de la calidad de los servicios de salud, la salud sexual y reproductiva en países de ingresos medios y bajos, así como en poblaciones vulnerables, el acceso a la salud en población migrante, entre otros. Ha publicado numerosos artículos científicos en revistas con revisión de pares; entre otros “Definitions, measurement, and a indicator selection for quality of care in abortion” (Darney, B. G., Kapp, N., Andersen, K., Baum, S. E., Blanchard, K., Gerds, C., Powell, B., 2018) *Contraception*, 100(5), 354-359. Asimismo, ha fungido como revisora en diferentes revistas internacionales. Correo electrónico: darneyb@ohsu.edu

ANIBAL FAÚNDES es Profesor Emérito. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Estadual de Campinas, 2012. Profesor Colaborador de Departamento de Toco ginecología, de 2001 a la fecha. Profesor Titular de Obstetricia, Departamento de Toco ginecología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Estadual de Campinas, de 1977 a 2001. Vice-Presidente de Cemicamp - Centro de Investigación en Salud Reproductiva de Campinas, de 1977 a 1989. Presidente de Cemicamp - Centro de Investigación en Salud Reproductiva de Campinas, 1989 a 2007 y después de 2013 a 2016. Investigador Senior de Cemicamp - Centro de Investigación en Salud Reproductiva de Campinas, de 2016 a la fecha. Coordinador de la Iniciativa “Prevención del Aborto Inseguro” de la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) 2010 a 2017. Más de 850 publicaciones en revistas nacionales e internacionales y libros. Correo electrónico: afaundes@uol.com.br

IPAS es una organización internacional sin fines de lucro que trabaja en tres continentes: América, África y Asia, y en más de 30 países desde 1973, con el objetivo de incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente, el derecho al aborto. En 2019 surge Ipas CAM (Centroamérica y México) para acompañar a las mujeres de esta región en medio de marcos legales y normativos altamente restrictivos que las orillan a ejercer su autonomía reproductiva en la ilegalidad y la criminalización. En el presente libro, el capítulo 3 “De barreras a eslabones: intervenciones para la disminución de barreras para el acceso al aborto seguro con medicamentos en México” fue creado bajo la coordinación de Maria Elena Collado Miranda, asesora en proyectos de acceso comunitario en Ipas CAM, y el capítulo 7, “Aborto seguro con misoprostol: productos comunicacionales y la autogestión del aborto”, bajo coordinación de Laura Andrade, Coordinadora de Comunicación de *Ipas CAM*. Correo electrónico: ipascam@ipas.org

LAURA MIRANDA ARTEAGA es médica, M. en C. por El Colegio de la Frontera Sur y Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Estadual de Campinas, Sao Paulo, Brasil. Especialista en Salud Sexual y Reproductiva, por más de 30 años participando en ONG en programas de Planificación Familiar y aborto seguro en México y America Latina. Ha participado en programas de atención a mujeres que sufren violencia sexual y en la promoción de la Maternidad Segura y Voluntaria en Chiapas. Actualmente coordina la clínica de AMASS: Atención a la Salud de la Mujer en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Es coautora de varios artículos y capítulos de libros, nacionales e internacionales.
Correo electrónico: miranda.laura88@gmail.com

BIANI SAAVEDRA AVENDAÑO, Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), Ciudad de México, México. Estudió una maestría en Ciencias de la Salud con área de concentración en Sistemas de Salud en el Instituto Nacional de Salud Pública; actualmente es candidata al grado de Doctora en Políticas Públicas por el CIDE. Ha trabajado en diferentes proyectos de investigación relacionados con la salud sexual y reproductiva en mujeres jóvenes y adultas en México. Sus principales temas de interés son el acceso al aborto legal y seguro en México y Latinoamérica, así como las políticas públicas encaminadas a facilitar el cumplimiento de los deseos reproductivos de las familias. Es co-autora de varios artículos científicos nacionales e internacionales, así como de capítulos de libros nacionales, entre otros: “Who presents past the gestational age limit in Mexico City’s public abortion program?” (Saavedra-Avendano, B., Schiavon, R., Sanhueza, P., 2018) PloS One, 13. Correo electrónico: biani.saavedra@gmail.com

RAFFAELA SCHIAVON ERMANI es Consultora Independiente, Ciudad de México, México. Es médica por la Universidad de Padua, y Ginecóloga por la Universidad de Trieste, Italia; certificada por el Consejo Mexicano de Endocrinología y Nutrición y por la Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil. Fue Directora General Adjunta de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud Federal y Directora de país de la Organización Internacional Ipas México por 11 años, así como miembro de varias sociedades y comités de expertos internacionales en salud sexual y reproductiva. Sus temas de interés son: la salud sexual y reproductiva de adolescentes, incluyendo el acceso al aborto legal y seguro como un derecho humano. Es coautora de varios artículos y capítulos de libros, nacionales e internacionales, entre ellos: “Del aborto inseguro al aborto seguro: el impacto de la ley y del acceso a servicio” (Schiavon Ermani R, 2018), capítulo del libro *Ciencia y Conciencia. Diálogos*

y Debates Sobre Derechos Humanos: Controversias en Bioética, Francisco Blancarte Jaber, Julieta Gómez Ávalos, María de Jesús Medina Arellano, Patricio Santillán Doherty (coordinadores). Editorial Fontamara, Ciudad de México 2018, pp. 107-114. Correo electrónico: schiavonraffaela1@gmail.com

Realidades y retos del aborto con medicamentos en México
se terminó de imprimir el 30 de enero de 2022,
en los talleres de Editorial Fray Bartolomé de Las Casas A. C.,
Pedro Moreno 7, Barrio de Santa Lucía,
San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.
Diseño y formación: Sofía Carballo.
El tiraje fue de 500 ejemplares.

EL ACCESO DE TODA LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE CALIDAD EN SALUD sexual y reproductiva es clave en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. En ese sentido, las mujeres con embarazos no deseados y que desean abortar, deberían poder hacerlo de manera segura y sin restricciones, dado que el mayor riesgo de morir por esta causa obedece principalmente al uso de métodos invasivos y peligrosos. En contraste, existen métodos seguros con autogestión de medicamentos (misoprotol solo o combinado con mifeprestona), lo que echa por tierra la necesidad de espacios hospitalarios y personal médico —una gran ventaja incluso en tiempos de pandemia como la que actualmente vivimos con la covid-19— y devuelve a las mujeres la posibilidad de abortar sin acudir a servicios especializados, con mayor autonomía y control sobre el proceso, sin que por ello los servicios públicos de salud dejen de prestar sus servicios cuando sea necesario.

Desde una rigurosa mirada científica con perspectiva de género, los trabajos presentados en este libro ofrecen varias experiencias en distintas regiones del territorio mexicano, donde dicho procedimiento es ya una realidad a mano de personal médico, parteras, doulas, acompañantes o mujeres autónomas. Si bien es indispensable que se logre la despenalización del aborto en todo el país —un reto aún por sortear—, la realidad muestra cómo la decisión de interrumpir un embarazo no deseado, sin riesgo para la salud, está dejando de ser un privilegio y se torna una opción más segura y asequible en México.

