

“El aborto autónomo, con medicamentos, en casa, acompañada por activistas – ¿otra opción viable ante la falta de acceso a abortos seguros en México?”

Suzanne Veldhuis

Introducción

Presentaré un marco teórico que desde un enfoque de género y salud busca explicar qué es el aborto autónomo considerado en la literatura científica hasta el día de hoy y definido en esta investigación 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 et al. 2018) y que además es acompañado por activistas. Si bien muchas activistas ya conocen qué es el aborto autónomo, es poco conocido para la población en general, la política y el sector salud. Tampoco se ha estudiado ampliamente aunque es algo que se está realizando hoy en día tanto en contextos restrictivos como liberales, incluyendo México, y es algo que podría ser una opción ante de la falta del acceso al aborto seguro. Por lo tanto, es importante identificar el aborto autónomo como una práctica específica para poder aportar al cuerpo científico que lo evalúe como un método seguro independientemente del contexto legal.

Acceso a aborto seguro

No hace falta explicar la importancia del acceso al aborto seguro en cuanto al impacto a la salud de las mujeres, sus derechos humanos, y la salud pública. Tampoco la importancia de la despenalización del aborto para mejorar este acceso, ya que es el tema general de este Coloquio (Singh et al. 2018).

Sobre lo que quiero llamar la atención, es que la despenalización del aborto es importante, pero no suficiente, ni lo único que se necesita para asegurar el acceso al aborto seguro. Por ejemplo, a pesar de la despenalización en la CDMX en el año 2007 siguen existiendo barreras que limiten el acceso, especialmente para mujeres de bajos recursos (Friedman et al. 2019), y a pesar de la existencia de causales legales en los otros estados sabemos que su implementación no está garantizada (Küng et al. 2018; Berrío et al. 2019); en la práctica no se les permite a las mujeres abortar y además son criminalizadas (Singer 2019) .

Se han identificados múltiples barreras que limitan el acceso al aborto seguro como la mencionada falta de cumplimiento de leyes, demoras en el acceso a servicios legales, falta de disponibilidad y accesibilidad de servicios de buena calidad con proveedores capacitados y dispuestos, como pudimos ver en la ponencia previa, estigmatización, falta de acceso a información y recursos, distancia y la falta de disponibilidad de los medicamentos entre otros (Singh et al. 2018).

Entonces, mientras el acceso al aborto seguro no está garantizado, tanto en contextos restrictivos como legales, ¿qué están haciendo varias mujeres para lograrlo?

Mujeres abortando con mujeres

Las mujeres han abortado acompañadas por otras mujeres a lo largo de la historia. Con la medicalización y criminalización de las mujeres como control sobre la procreación desaparecieron los saberes femeninos acerca de métodos abortivos, entre otros, acumulados durante miles de años (Federici 2004). Sin embargo, el aborto no desapareció con la criminalización, lo único que cambió fue que las mujeres se vieron forzadas de realizar sus

abortos bajo circunstancias aún más difíciles por la clandestinidad y el riesgo de persecución. Por lo tanto, un aborto ilegal casi siempre era un aborto inseguro, especialmente para mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

El gran cambio de esta época hasta el día de hoy ha sido gracias a la introducción del aborto con medicamentos (Hyman et al. 2013; Berer and Hoggart 2018).

El aborto con medicamentos

En los años 80 mujeres brasileñas descubrieron que el misoprostol, un medicamento registrado para úlceras gástricas, se podía usar para provocar un aborto y poco a poco, este conocimiento se fue compartiendo entre mujeres en todo el continente latinoamericano, probando y mejorando dosis y vías de administración, provocando sus propios abortos cada vez con más éxito (Costa 1998; Faundes 2011).

Hoy en día, el aborto con misoprostol solo, o combinado con otro medicamento que se llama mifepristona, es uno de los métodos recomendados por la Organización Mundial de Salud (OMS) (World Health Organization 2014) con una efectividad y seguridad muy alta (Raymond et al. 2019). Además, es un medicamento que no requiere un contexto clínico para su aplicación, lo que significa que las mujeres por primera vez tienen a sus alcances un método seguro para abortar afuera del sistema médico, en sus propias casas.

Entonces, ¿qué ha significado la introducción del aborto con medicamentos? Principalmente, que el acceso al aborto seguro ha aumentado especialmente en contextos restrictivos. Aunque el aborto inseguro sigue siendo un problema con consecuencias graves (Juárez et al. 2013), y la mayoría se lleva a cabo en países con legislaciones restrictivas (Ganatra et al. 2017), hoy en día por la práctica del aborto con medicamentos ya *no todos* los abortos ilegales son

inseguros (Ganatra et al. 2014), lo que ha significado una disminución de la mortalidad y morbilidad por abortos inseguros a nivel mundial (Starrs et al. 2018).

Aborto seguro

También la OMS reconoce que el contexto legal ya no es el único determinante de la seguridad de un aborto. Desde 1992 la OMS define un aborto seguro como un aborto llevado a cabo por un proveedor capacitado con métodos recomendados, para el primer trimestre de un embarazo siendo los medicamentos ya mencionados y la aspiración manual endouterino (AMEU) (World Health Organization 2014). Además, tomando en cuenta que la seguridad de un aborto no es binario pero si un continuo, se utiliza categorías de abortos seguros, menos seguros e inseguros dependiendo del método usado y el proveedor (Ganatra et al. 2017).

Lo que es definido como proveedor capacitado es sujeto a cambio dependiendo del conocimiento científico actualizado, y depende del método que se está utilizando. Por ejemplo, se reconoce que enfermeras, trabajadores de salud, incluidas parteras indígenas y personal de farmacias pueden llevar a cabo todo o parte del proceso de un aborto con medicamentos. Otro aspecto bajo evaluación es la auto-gestión del aborto con medicamentos por las propias mujeres. La OMS reconoce que las mujeres mismas pueden auto-administrar los medicamentos, evaluar el éxito del aborto y probablemente también evaluar su elegibilidad (es necesario generar más evidencias científicas para avalarlo al 100%) mientras sea realizado adentro de contextos legales y una mujer tenga acceso a información y servicios de salud apropiados en caso de necesitarlos (World Health Organization 2015).

Sin embargo, independiente del contexto legal, si no hay medicamentos de calidad, la información correcta y el apoyo necesario, un aborto con medicamentos auto-gestionado puede ser una práctica insegura y peligrosa (Berer 2019). Por eso es importante definir qué tipo de auto-gestión, y bajo cuales condiciones, es seguro. La auto-gestión ha sido investigada en varias de sus formas, y representa una escala de posibilidades como es representado en esta diapositiva.

El aborto autónomo se define en esta investigación 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 et al. 2018) y que además es acompañado por activistas. Esta práctica ha sido poco investigada como tal, complicado por la clandestinidad. Hay evidencia basada en la experiencia de líneas telefónicas manejadas por activistas en países con diferentes contextos que avala su seguridad y efectividad (Jelinska and Yanow 2018), sin embargo, aún falta una sistematización de las evidencias para que las activistas, las acompañantes, o las mismas mujeres que abortan sean consideradas como “proveedoras” capacitadas (usando la terminología de la OMS) de un aborto con medicamentos.

Como ya he mencionado, el acompañamiento de un aborto entre mujeres es una práctica con antecedentes históricos. En la segunda ola feminista surgieron colectivas feministas como ‘Jane Collective’ en los Estados Unidos o ‘Socorro Rosa’ en Italia, que acompañaban a mujeres para acceder a abortos seguros, o los realizaban ellas mismas, en estos tiempos principalmente con métodos quirúrgicos. Con el descubrimiento del misoprostol la práctica de los acompañamientos ha diseminado de manera explosiva ya que por primera vez es mucho más fácil y accesible realizarse un aborto sin involucrar al sistema médico. El uso de tecnologías de comunicación como líneas telefónicas, el facebook, celulares y servicios como whatsapp, ha facilitado todavía más la divulgación de información y el acceso a apoyo

(Drovetta 2015; Erdman et al. 2018).

Sin embargo, investigaciones científicas que avalan la práctica del aborto autónomo en todas sus formas son escasas, y en el caso de México prácticamente no-existentes. Entonces, en el contexto mexicano se sabe poco acerca de quiénes son las acompañantes, a quiénes acompañan, qué protocolos utilizan, qué tan seguro y efectivo es, y por lo último el por qué las mujeres optan por un aborto autónomo.

Ventajas de aborto autónomo

El acompañamiento de abortos con medicamentos por parte de activistas es una práctica que surgió por necesidad en países con legislaciones restrictivas, donde no había y en muchos casos aún no hay acceso a abortos seguros. Sin embargo, también en lugares como el Reino Unido, los Estados Unidos y la Ciudad de México (Grossman et al. 2010; Lara et al. 2011; Aiken et al. 2018), (todos con leyes liberales), hay mujeres que siguen buscando un aborto fuera del sistema médico. Esto nos invita a reflexionar sobre que: 1. no desaparece con la despenalización del aborto y 2. aparentemente tiene ventajas comparado con un aborto clínico.

Varios estudios describen las ventajas del aborto auto-gestionado en todas sus formas (Wainwright et al. 2016; Berer and Hoggart 2018; Erdman et al. 2018; Jelinska and Yanow 2018). Las ventajas se pueden dividir en tres categorías generales; primero, las que tienen que ver con evitar barreras a un aborto seguro clínico (como estigmatización, maltrato por personal médico, falta de recursos, distancia) Segundo, las que tienen que ver con las ventajas propias que hacen que una mujer prefiera un aborto auto-gestionado en lugar de un aborto clínico,

como por ejemplo comodidad, privacidad, empoderamiento, autonomía y la reapropiación del cuerpo. Tercero son ventajas que tienen que ver con el aborto auto-gestionado como un acto político y subversivo que cuestiona relaciones de poder, cuestiona el papel de la medicina hegemónica y cuestiona conceptos como 'el proveedor', en resumen siendo un acto que resiste sumisión a varios sistemas opresivos. Sin embargo, se sabe poco acerca de las ventajas del aborto autónomo en específico.

Conclusión

El acceso al aborto seguro sigue siendo un problema en México, es importante la investigación del aborto autónomo desde enfoques más amplios (como género y salud) no solamente como una opción en extremis, sino como una opción más, ya que podría ser una elección frente a la falta de acceso al aborto seguro tanto en los contextos restrictivos como en el contexto legal de la Ciudad de México, reconociendo que la falta de acceso no se resuelve con la legalización del aborto ya que las otras barreras previamente mencionadas no desaparecen de un día a otro (Singh et al. 2018) y menos en países profundamente sexistas como el nuestro.

El marco teórico que presenté es parte de una investigación en curso que pretende contribuir al conocimiento científico para que se defina bajo cuáles condiciones el aborto autónomo se puede considerar como una opción segura, ya que es una práctica que no desaparecerá con la legalización y debería ser tomado en cuenta como una de las múltiples opciones disponibles para las mujeres al momento de decidir interrumpir un embarazo.

La legalización del aborto en general y del aborto autónomo en específico significaría la desaparición del riesgo legal tanto para las mujeres que abortan como para las acompañantes, mejor acceso a los medicamentos, que en este momento no siempre están disponibles o únicamente a costos muy altos, y mejor acceso a servicios de salud en el caso de

complicaciones. En este modelo el Estado tendría la obligación de proteger a las involucradas, facilitar los medicamentos y garantizar clínicas con buena atención médica por si se llegan a necesitar. El proceso entero del aborto se podría llevar a cabo, si una mujer así lo desea, sin intervención del Estado u otras instituciones lo cual aparte de las ventajas individuales, significaría una disminución tanto en costos como en cargas para un sistema de salud pública, mejoraría el acceso al aborto seguro y por lo tanto disminuiría la morbilidad y mortalidad en las mujeres en edad reproductiva, ofreciendo elementos muy poderosos para la reapropiación de nuestros cuerpos de mujeres.

Bibliografía

- Aiken ARA, Guthrie KA, Schellekens M, Trussell J, Gomperts R. 2018. Barriers to accessing abortion services and perspectives on using mifepristone and misoprostol at home in Great Britain. *Contraception* 97(2):177–183.
- Berer M. 2019. Reconceptualizing safe abortion and abortion services in the age of abortion pills: a discussion paper. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.*(xxxx).
- Berer M, Hoggart L. 2018. Medical abortion pills have the potential to change everything about abortion. *Contraception* 97(2):79–81.
- Berrío LR, Bonfíl Sánchez P, Sesia PM, Díaz Echeverría D. 2019. 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* . 1–131 p.
- Costa SH. 1998. Commercial availability of misoprostol and induced abortion in Brazil. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 63(SUPPL. 1):131–139.

- Drovetta RI. 2015. Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women's access to safe abortions in Latin America. *Reprod. Health Matters* 23(45):47–57.
- Erdman JN, Jelinska K, Yanow S. 2018. Understandings of self-managed abortion as health inequity, harm reduction and social change. *Reprod. Health Matters* 26(54):13–19.
- Faundes A. 2011. Misoprostol: Life-saving. *Eur. J. Contracept. Reprod. Heal. Care* 16(2):57–60.
- Federici S. 2004. *Caliban and the witch*. New York: Autonomedia. [accessed 2019 Feb 17]. <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Caliban y la bruja-TdS.pdf>
- Friedman J, Saavedra-Avenidaño B, Schiavon R, Alexander L, Sanhueza P, Rios-Polanco R, Garcia-Martinez L, Darney BG. 2019. Quantifying disparities in access to public-sector abortion based on legislative differences within the Mexico City Metropolitan Area. *Contraception* 99(3):160–164.
- Ganatra B, Gerdt C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, et al. 2017. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet* 390(10110):2372–2381.
- Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston HB, Johnson BR, Gülmezoglu AM, Temmerman M. 2014. From concept to measurement: Operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bull. World Health Organ.* 92(3):155.
- Grossman D, Holt K, Peña M, Lara D, Veatch M, Córdova D, Gold M, Winikoff B, Blanchard K. 2010. Self-induction of abortion among women in the United States. *Reprod. Health Matters* 18(36):136–146.
- Hyman A, Blanchard K, Coeytaux F, Grossman D, Teixeira A. 2013. Misoprostol in women's hands: A harm reduction strategy for unsafe abortion. *Contraception* 87(2):128–130.

- Jelinska K, Yanow S. 2018. Putting abortion pills into women's hands: realizing the full potential of medical abortion. *Contraception* 97(2):86–89.
- Juárez F, Sinhg S, Maddow-Zimet I, Wulf D. 2013. Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias. Nueva York.
- Küng SA, Darney BG, Saavedra-Avendaño B, Lohr PA, Gil L. 2018. Access to abortion under the health exception: a comparative analysis in three countries. *Reprod. Health* 15(1):1–10.
- Lara D, García SG, Wilson KS, Paz F. 2011. How Often and Under Which Circumstances Do Mexican Pharmacy Vendors Recommend Misoprostol To Induce an Abortion. *Int. Perspect. Sex. Reprod. Health* 37(2):75–83.
- Raymond EG, Harrison MS, Weaver MA. 2019. Efficacy of Misoprostol Alone for First-Trimester Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstet. Gynecol.* 133(1):137–147.
- Singer EO. 2019. Realizing Abortion Rights at the Margins of Legality in Mexico. *Med. Anthropol.* 38(2):167–181.
- Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L, Onda T. 2018. Uneven Progress and Unequal Access. New York.
- 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. *Lancet* 391(10140):2642–2692.
- Wainwright M, Colvin CJ, Swartz A, Leon N. 2016. Self-management of medical abortion: a qualitative evidence synthesis. *Reprod. Health Matters* 24(47):155–167.
- World Health Organization. 2014. Clinical practice handbook for Safe abortion.
- . 2015. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception.