

Por qué el aborto autónomo es mucho más que una solución provisional para tiempos de pandemia

Mariana Prandini Assis & Sara Larrea

Traducción: Mariana García-Sojo

Citar como:

Assis MP, Larrea S. Why self-managed abortion is so much more than a provisional solution for times of pandemic. *Sex Reprod Heal Matters*. 2020;28(1):1-3. doi:10.1080/26410397.2020.1779633

Publicado en línea: 30 Jun 2020. Disponible en:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1779633>

Palabras clave: acceso al aborto, COVID-19, aborto autónomo

La pandemia de COVID-19 está golpeando los sistemas de salud de todo el mundo con un aumento sin precedentes en la demanda de atención. Mientras responden a esta crisis, los gobiernos y el personal de salud se enfrentan a la difícil cuestión de cómo seguir prestando servicios de salud esenciales, al tiempo que intentan controlar la nueva enfermedad. En estos tiempos, el acceso al aborto es más controvertido que nunca.

Algunos gobiernos conservadores han aprovechado la pandemia como una oportunidad para declarar el aborto como un procedimiento electivo y cerrar los servicios. En los Estados Unidos, donde el derecho al aborto se ha convertido de nuevo en un tema candente, varios estados han impuesto restricciones al acceso que equivalen a la prohibición efectiva de la atención del aborto¹. En América Latina y el Caribe, la región con las leyes de aborto más restrictivas del mundo, activistas han expuesto las dificultades adicionales que enfrentan las personas que califican para el aborto en los pocos casos en que es legal². En Polonia, un país con una de las leyes de aborto más restrictivas de Europa, una controvertida propuesta legislativa que restringiría aún más las leyes fue empujada al debate durante la cuarentena³.

Adoptando un enfoque alternativo, algunos pocos países han reconocido que el aborto es un servicio de salud esencial y han recurrido a la telemedicina para asegurar el acceso durante la crisis. Después de mucho debate y confusión generada por la publicación prematura de los nuevos reglamentos, el Reino Unido adoptó directrices que permiten a mujeres y otras personas embarazadas gestionar sus propios abortos. Según la nueva regulación⁴, la persona que necesite atención para abortar puede realizar una consulta de telemedicina con una médica o médico registrado, recibir las píldoras (mifepristona y misoprostol) por correo y utilizarlas en su hogar.

Las defensoras de la salud y los derechos reproductivos han celebrado la decisión del Reino Unido y están alentando a los gobiernos de todo el mundo a seguir su ejemplo. Sin embargo, la nueva regulación británica es temporal. Adoptada durante la cuarentena obligatoria, la regulación establece que el acceso al aborto a través de telemedicina durará dos años o hasta el final de la pandemia, lo que ocurra primero⁴. El supuesto implícito en esta regulación y, de hecho, en el ámbito de la salud pública en general, es que una vez superada la crisis del coronavirus, las mujeres y personas gestantes deberían volver a abortar "como de costumbre", es decir, en el sistema formal de salud. Incluso en estos tiempos extraordinarios, el control médico del aborto sigue siendo el principio sobre el que se construyen las reglas.

La historia de la medicalización del aborto es relativamente reciente. Durante siglos, el aborto se utilizó de forma rutinaria para regular la fertilidad, junto con la anticoncepción "basada en el calendario" y otros métodos disponibles entonces. Incluso después de la prohibición del aborto, la práctica siguió siendo común en los círculos de mujeres, y las parteras eran una figura central en los servicios de planificación familiar. Solo en el siglo XIX se invocó la ley para regular la prestación de servicios de aborto. Los médicos se encontraban entre las voces más fuertes que pedían dicha regulación, que finalmente extendió la jurisdicción médica a un evento de la vida que, durante siglos, había estado bajo el control de las mujeres y que ocurría dentro de sus círculos íntimos de cuidado⁵.

La flexibilización de la regulación del aborto solo como una respuesta temporal a una crisis de salud ignora esta historia. También asume que las experiencias más recientes de aborto autónomo -es decir, el uso de píldoras abortivas fuera del sistema formal de salud y sin supervisión médica⁶- es anormal y poco deseable. Este enfoque pasa por alto mucho de lo que ya sabemos acerca de la relación entre la autogestión, el aumento del acceso al aborto y la seguridad y calidad de los métodos.

Actualmente, un amplio cuerpo de investigaciones muestra que la autoadministración de píldoras para el aborto temprano con una participación limitada de profesionales de la salud es eficaz y tiene resultados similares a los del aborto con medicamentos administrado por profesionales en establecimientos de salud⁷. Además, al uso de píldoras abortivas fuera del sistema formal de salud se le atribuye la disminución de las complicaciones del aborto y la mortalidad materna en todo el mundo, pero en particular

en los países de ingresos bajos y medios⁸. Para un gran número de mujeres y personas embarazadas de todo el mundo, el aborto autónomo no es una solución provisional, sino la mejor opción.

Desde hace décadas, organizaciones feministas en todo el mundo han apoyado a las personas embarazadas en la autogestión de sus abortos, especialmente en los lugares donde el aborto está restringido por marcos legales, el estigma o la falta de recursos. Sobre la base de los conocimientos desarrollados y difundidos por primera vez por las mujeres brasileñas en la década de 1980, las iniciativas feministas alrededor del aborto autónomo han creado diversos esquemas de saberes y recursos que funcionan tanto a nivel local como en el marco de una red transnacional. Las mujeres y personas gestantes acceden a las píldoras abortivas en línea o en farmacias locales y las activistas les proporcionan información basada en evidencia sobre la forma de utilizar las píldoras de manera eficaz y segura, así como asistencia durante todo el proceso.

Las formas en que las activistas proveen apoyo varían, pero todas tienen en común su compromiso con la ética feminista. Socorristas en Red es una red argentina de alcance nacional que proporciona acceso e información a través del teléfono y el acompañamiento en persona y reuniones grupales⁹. En África, *MAMA*, una red de activistas de base y grupos feministas, trabaja para ampliar el conocimiento y eliminar el estigma en torno al aborto autónomo a nivel comunitario. *Samsara*, en Indonesia¹⁰, de manera similar a las activistas de muchos países de América Latina y el Caribe¹¹, opera una línea telefónica de aborto seguro que ofrece información sobre el aborto autónomo con píldoras en países donde el aborto está penalizado. Tanto *Women Help Women* como *Women on Web* gestionan servicios de telesalud que ofrecen acceso a las píldoras, así como información y acompañamiento por correo electrónico a personas de todo el mundo¹². Con esta labor esencial, las activistas feministas satisfacen una necesidad que a menudo es descuidada o negada por muchos Estados en tiempos "normales", y más aún en tiempos de pandemia.

Las activistas feministas han demostrado que las iniciativas de apoyo al aborto autónomo son, en efecto, mucho más que una solución provisional. Las personas reportan preferir el aborto autogestionado porque fomenta la privacidad, la autonomía y la confidencialidad⁶. El método también permite a las personas embarazadas permanecer en casa o en cualquier espacio de su elección, rodeadas de personas de su confianza. Sobre todo, el aborto autónomo devuelve el control del proceso a las mujeres y personas embarazadas.

Las mujeres y las personas género disidentes han llevado una larga lucha por la desmedicalización de sus cuerpos y de su salud. Sin embargo, los enfoques de la salud pública no suelen considerar la autonomía y el control de los procesos médicos como indicadores de la calidad de la atención. La llegada de las píldoras abortivas abrió la posibilidad de hacer realidad la demanda política de autonomía, al menos en la atención del aborto. Aprovechando esta oportunidad, las iniciativas feministas sobre el aborto

autónomo nos muestran cómo funciona una atención desmedicalizada, respetuosa y digna que devuelve el poder de las personas.

De hecho, las historias de las iniciativas feministas sobre el aborto autónomo hablan de solidaridad y apoyo sin prejuicios^{5,6}, experiencias que las personas embarazadas, en particular las de comunidades marginadas, no siempre encuentran en los sistemas formales de salud. Toda persona, independientemente de su contexto, merece una atención de buena calidad cuando decide interrumpir un embarazo, así como acceso a atención médica de urgencia si es necesario. También deben poder decidir cómo quieren abortar, sin temor a ser judicializadas o a que se les juzgue moralmente: en un establecimiento formal de salud, supervisadas por un/a profesional, o en el lugar de su elección, con información accesible y atención de quien ellas quieran. Corresponde ahora a los gobiernos nacionales y a los sistemas formales de salud aprovechar las oportunidades que brinda el Covid-19 y realizar mejoras permanentes que deberían haberse realizado hace mucho tiempo en la prestación de servicios de aborto.

La atención del aborto debe contextualizarse en relación con las circunstancias sociopolíticas locales y adaptarse a las necesidades y preferencias personales. Esto significa que no existe una fórmula universal para mejorar. Sin embargo, algunas medidas sencillas podrían tener un gran impacto en el acceso al aborto y en la calidad de la atención. Por ejemplo, la disminución de las barreras para el acceso a las píldoras abortivas, como las reglamentaciones que restringen su distribución y uso a los establecimientos de salud autorizados o que exigen una prescripción médica para su compra en las farmacias, podría mejorar la accesibilidad y la seguridad. La erradicación de la censura de la información en internet sobre el aborto mejoraría la capacidad de las personas para tomar decisiones seguras independientemente de su contexto. La producción local de medicamentos para el aborto y las medidas para establecer precios asequibles podrían reducir las desigualdades mundiales en materia de acceso, así como la injusta carga de morbilidad y mortalidad posteriores al aborto que sufren las personas empobrecidas y marginadas. Las intervenciones para reducir el estigma relacionado con el aborto y desarrollar las aptitudes para una atención respetuosa entre profesiones de la salud podrían hacer de los hospitales un espacio más seguro para las mujeres y las personas embarazadas, así como aumentar el acceso y la calidad de los servicios de aborto y de atención posterior al aborto. Por último, el aborto autónomo podría ofrecerse como una de las muchas opciones, junto con las intervenciones quirúrgicas y los abortos con medicamentos administrados en los centros de salud, según la preferencia y las necesidades de mujeres y personas gestantes.

La emergencia del Covid-19 ha llevado a algunos sistemas formales de salud a reconocer y aprender de las estrategias de las activistas, como muestra el ejemplo del Reino Unido. Tal vez también haga que la sociedad y los gobiernos comprendan que, si bien las y los profesionales médicos son irremplazables en algunas esferas de la atención, su control sobre todos los procesos de salud en todas las circunstancias no es necesario ni deseable.

De hecho, el caso del aborto muestra que la medicalización funciona como una barrera para un servicio esencial de salud, tanto en tiempos "normales" como excepcionales. El momento actual nos presenta la posibilidad de confiar en las personas y en sus decisiones, así como asumir abiertamente el poder de la autogestión.

Referencias

1. Sherman C. "Coronavirus is destroying abortion access across the U.S.", Vice News. 28 Marzo 2020. Disponible en: https://www.vice.com/en_us/article/xgq3y3/anti-abortion-activists-are-winning-the-coronavirus-pandemic
2. Palomino S. "La pandemia obstaculiza aún más el aborto seguro en América Latina", El País. 8 Abril 2020. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-04-09/la-pandemia-obstaculiza-aun-mas-el-aborto-seguro-en-america-latina.html>
3. Walker S. "Concerns over Polish government tightening abortion laws during Covid-19 crisis", The Guardian. 14 Abril 2020. Disponible en: <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/14/concerns-over-polish-government-tightening-abortion-laws-during-covid-19-crisis>
4. Department of Health and Social Care. "The abortion act 1967 – Approval of a class of places". 30 Marzo 2020. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/876740/30032020_The_Abortion_Act_1967_-_Approval_of_a_Class_of_Places.pdf
5. Joffe C. "Abortion and medicine: a sociopolitical history". In: Paul M., Steve Lichtenberg E., Borgatta L., et al., editors. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Chichester: Wiley-Blackwell Publishing; 2009. p. 1–9.
6. Wainwright M., Colvin C.J., Swartz A., et al. "Self-management of medical abortion: a qualitative evidence synthesis". *Reproductive Health Matters*. 2016;24(47):155–167. doi:10.1016/j.rhm.2016.06.008.
7. Gambir K., Kim C., Necastro K.A., Ganatra B., Ngo T.D. "Self-administered versus provider-administered medical abortion". *Cochrane Database Syst Rev*. 2020, Issue 3. Art. No.: CD013181. doi:10.1002/14651858.CD013181.
8. Singh S. "Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries". *Lancet*. 2006;368(9550):1887–1892. doi:10.1016/S0140-6736(06)69778-X.

9. Zurbriggen R., Keefe-Oates B., Gerds C. "Accompaniment of second-trimester abortions: the model of the feminist Socorrista network of Argentina". *Contraception*. 2018;97(2):108–115. doi:10.1016/j.contraception.2017.07.170.
10. Gerds C., Hudaya I. Quality of care in a safe-abortion hotline in Indonesia: beyond harm reduction. *Am J Public Health*. 2016;106(11):2071–2075. doi:10.2105/AJPH.2016.303446.
11. Drovetta R.I. "Safe abortion information hotlines: an effective strategy for increasing women's access to safe abortions in Latin America". *Reproductive Health Matters*. 2015;23(45):47–57. doi:10.1016/j.rhm.2015.06.004.
12. Endler M., Lavelanet A., Cleeve A., et al. "Telemedicine for medical abortion: a systematic review". *BJOG*. 2019;126(9):1094–1102. doi:10.1111/1471-0528.15684.